

 UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

ET DES

INFECTIONS TYPHOÏDES AVEC EXANTHÈME

La Fièvre Exanthématique de la Région Marseillaise

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Novembre 1927

PAR

JEAN OLMER

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Né à Marseille le 30 juin 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VEDEL, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		RIMBAUD, professeur.		
		MARGAROT, agrégé.		
		GIRAUD, agrégé.		

MARSEILLE

SOCIÉTÉ ANONYME DU SÉMAPHORE DE MARSEILLE

(ANCIENNE MAISON BARLATIER)

17-19, Rue Venture

1927

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

ET DES

INFECTIONS TYPHOÏDES AVEC EXANTHÈME

THÈSE

LA FIÈVRE EXANTHÉMATIQUE DE LA RÉGION MARSEILLAISE

JEAN OLIVER

CHÉVREUILS 100, RUE DE LA RÉPUBLIQUE

DE LA MÈDIE 100, RUE DE LA RÉPUBLIQUE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs
de la Thèse

THOMAS, professeur Titulaire
RABUT, professeur Titulaire
MILLON, Professeur
GILBERT, Professeur

Assesseur

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHÉVREUILS 100, RUE DE LA RÉPUBLIQUE

1927, 100, RUE DE LA RÉPUBLIQUE

1927

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

ET DES

INFECTIONS TYPHOÏDES AVEC EXANTHÈME

La Fièvre Exanthématique de la Région Marseillaise

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Novembre 1927

PAR

JEAN OLMER

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Né à Marseille le 30 juin 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	VEDEL, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseeurs.</i>
	RIMBAUD, professeur.		
	MARGAROT, agrégé.		
	GIRAUD, agrégé.		

MARSEILLE

SOCIÉTÉ ANONYME DU SÉMAPHORE DE MARSEILLE

(ANCIENNE MAISON BARLATIER)

17-19, Rue Venture

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	L. HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	BECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	N...
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISRONNE.
Pathologie et thérapeutiques générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies mentales et nerveuses	ESTOR.
Clinique ophtalmologique	P. DELMAS.
Clinique des malad. des enfants et hyg. du premier âge ..	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VILLARD.
Clinique gynécologique	LEENHARDT.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MASSABUAU.
Clinique des maladies des voies urinaires	DE ROUVILLE.
Pharmacologie (ch. de cours)	MOURET.
Matière médicale (ch. de cours)	JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie (ch. de cours)	GALAVIELLE.
	CABANNES.
	RICHE.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, GILIS et TRUC

Secrétaire honoraire : M. IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. N...
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE, professeur.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HEDON.
Chimie appliquée à la clinique	D ^r CRISTOL.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie externe	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale	LAPEYRE.
Accouchements	COLL DE CARRERA.
Pathologie médicale	GIRAUD.
Histoire naturelle médicale	GALAVIELLE, professeur.
Matière médicale	CABANNES, professeur.
Hydrologie et climatologie	GIRAUD.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Clinique des maladies des vieillards	BOUDET.
Stomatologie	WATTON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. MARGAROT.	Anatomie	MM. N...
	GIRAUD.	Chimie	N...
	BOUDET.	Histologie	TURCHINI.
	CARRIEU.	Obstétrique	COLL DE CARRERA.
Chirurgie	MM. ETIENNE.	Physique	LAMARQUE.
Ophtalmologie	LAPEYRE.	Physiologie	L. HEDON.
	N...		

Examineurs de la thèse

MM. VEDEL, professeur, *Président*. MM. MARGAROT, agrégé.
RIMBAUD, professeur, GIRAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

A MA MÈRE

A MESSEIGNEURS

A MON PÈRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR D. OLMER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE ET GÉNÉRALE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
MÉDECIN DES HÔPITAUX

LE PROFESSEUR DRUN
LE DOCTEUR ROUSLACROIX
LE PROFESSEUR MONGEN
LE DOCTEUR
LE DOCTEUR CAMERON
LE PROFESSEUR CASSETTE

Donné par le Donateur à la Bibliothèque
de l'École de Médecine

A MA MERE

A MON PERE

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS



A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

et tout particulièrement

A MESSIEURS

LE DOCTEUR VICTOR AUBERT
LE DOCTEUR SESQUES
LE PROFESSEUR IMBERT
LE PROFESSEUR ROGER
LE PROFESSEUR BRUN
LE PROFESSEUR D'ASTROS
LE DOCTEUR ROUSLACROIX
LE PROFESSEUR MONGES
LE DOCTEUR RISS
LE DOCTEUR CAMBON
LE PROFESSEUR CASSOUTE

dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe
ou l'interne,

A MES AMIS

LE DOCTEUR JEAN PAOLI
LE DOCTEUR JEAN TURRIES

CHEFS DE CLINIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

les meilleurs artisans de ma réussite à
l'Internat, auxquels m'unit une très
sincère et très vive sympathie.

LE DOCTEUR JEAN REBOUL-LACHAUX

CHEF DE CLINIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

qui a bien voulu, dans de trop rares
entretiens, me laisser bénéficier des
ressources de sa vaste érudition et
de ses remarquables dons d'ensei-
gnement.

M^{lle} LE DOCTEUR ANDRÉE CERTONCINY

LE DOCTEUR MARCEL CAUDIERE

CHEFS DE LABORATOIRE A L'HOPITAL DE LA CONCEPTION

en souvenir de mon semestre d'Internat
au laboratoire.

AUX DOCTEURS JEAN BRAHIC ET GERARD MONTUS
ET A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THESE

INTRODUCTION

Le 5 juin 1925, le Professeur Olmer apportait au Comité Médical des Bouches-du-Rhône huit cas d'une infection grave, accompagnée d'un exanthème spécial rappelant un peu celui du typhus (1) ; le 23 octobre de la même année, il revenait sur ces faits, apportant huit observations nouvelles (2). Enfin, le 12 juillet 1927, ayant recueilli vingt observations, il se décidait, dans une communication à l'Académie de Médecine, à en faire une étude d'ensemble (3).

C'est de ses recherches qu'est née cette thèse : elle est son œuvre, et je ne peux même pas lui en faire l'hommage comme un gage de ma reconnaissance. Au contraire, en m'associant à ses travaux (4), il a accru encore l'immense dette d'affectueuse gratitude que j'ai contractée envers lui.

J'ai pu recueillir dans cette thèse cinquante-huit observations : la plupart m'ont été données par mon Père et concernent des malades vus en consultation ou dans son service hospitalier ; quelques-unes me sont personnelles, grâce à l'obligeance des

(1) D. OLMER. — Sur une infection épidémique avec exanthème, de nature indéterminée. *Marseille Médical*, 5 août 1925.

(2) D. OLMER. — Exanthème infectieux épidémique, de nature indéterminée, ou Typhus exanthématique. *Marseille Médical*, 5 novembre 1925.

(3) D. OLMER. — Sur une infection avec exanthème, de nature indéterminée. *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, tome xcvi, N° 29.

(4) D. OLMER et Jean OLMER. — Sur une infection typhoïde avec exanthème : La fièvre exanthématique de la région marseillaise. *Marseille Médical*, 5 septembre 1927. — Typhus exanthématique et infections typhoïdes avec exanthème. *Presse Médicale* (sous presse).

Docteurs Ponthieu et Perrimond qui m'ont permis de suivre des malades de leur clientèle, ou des Docteurs Sépet et François, médecins des hôpitaux, qui m'ont ouvert leur service ; enfin les autres m'ont été aimablement transmises par les Docteurs Sépet et Berthier, le Professeur Malteï, les Docteurs Larrouyet, Sicard, Ch. Brahic et Perrimond, par le Docteur Jean Piéri enfin, qui a bien voulu me communiquer les observations qu'avec le Professeur Boinet il présentait récemment à l'Académie de Médecine (1).

La collaboration toute dévouée du Docteur Teyssonière, directeur de l'Institut Départemental de Bactériologie, du Docteur Lafond, pharmacien-chef de l'Hôtel-Dieu, et des Docteurs Ranque et Sénéz m'a été extrêmement utile pour la partie expérimentale. Enfin, je tiens à dire ici la part très grande qu'ont prise à ces recherches le Docteur Legroux, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris, et le Docteur Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

A tous ceux dont l'aide précieuse m'a permis d'élaborer ce travail, j'adresse l'expression de mes remerciements les plus sincères.

*
**

Nous envisagerons dans ce travail deux parties :

Dans une première partie, nous rapporterons nos 58 observations.

Dans une deuxième partie, nous étudierons les signes cliniques, les signes de laboratoire, le diagnostic et l'étiologie de la fièvre exanthématique marseillaise. Nous verrons ensuite comment on peut la rattacher au typhus exanthématique et quelles sont les conséquences prophylactiques qui en découlent.

(1) BOINET et Jean PIÉRI. — Epidémies d'exanthème infectieux, de nature indéterminée, observées sur le littoral méditerranéen. *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, tome xcviii, N° 31.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS ⁽¹⁾

Observation 1. — (Professeur OLMER).

M^{me} Bé..., 59 ans.

Entre le 20 juillet 1922 dans le service des contagieux de l'Hôpital Salvator pour une affection fébrile avec température élevée aux environs de 40, remontant à 4 ou 5 jours, et une éruption généralisée à tout le corps qui prend par la suite le caractère purpurique.

La malade est mise en observation, mais devant l'absence de parasites et les réactions de laboratoire négatives, on la fait passer, le 26 juillet, dans le service du Professeur Olmer.

A ce moment, la température est presque normale, les tâches ont pris le caractère purpurique, surtout au niveau des membres. Elles disparaissent progressivement par la suite.

Pendant la convalescence, asthénie marquée.

Examens de laboratoire :

Hémoculture négative.

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Agglutination du protéus négative.

Observation 2. — (Due à l'obligeance du D^r SÉPET).

Co..., Fernandez, 46 ans.

Malade depuis le 4 août 1923, a continué à travailler avec un ésus de courbature, puis le 10 août est entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le

(1) En plus de ceux que nous avons recueillis, nous savons que toute une série de cas de fièvre exanthématique marseillaise ont été observés par : le D^r Blacas à l'Estaque, le D^r Caillol à la Valentine, le D^r Martini à Château-Gombert.

Professeur Boinet, de là transféré à la Conception (Salle Freyssinge) à la suite d'une éruption suspecte présentée la veille.

A l'entrée, le 12 août, aspect d'un état typhique, langue uniformément saburrale, céphalée, vomissements, diarrhée légère, pas de splénomégalie.

Cœur et poumons sains.

Rien dans les urines.

Eruption généralisée à macules rouges et purpuriques séparées par des intervalles de peau saine.

Papule et vécule, lésions de grattage anciennes et dues sûrement à des parasites.

Température oscillante entre 38° et 39°.

Déferescence le 20 août.

Sort le 10 septembre.

Examens de laboratoire :

Tous les séros et réaction du protéus négatifs.

Observation 3. — (Due à l'obligeance du D^r SÉPET).

M^{me} Fa..., 57 ans, cuisinière.

Malade depuis le 12 septembre 1923, début par sensation de courbature généralisée, céphalée, douleurs lombaires, quelques vomissements. Température élevée le premier jour, oscillant entre 39° et 40°.

Le quatrième jour, éruption sur les avant-bras; nécessite son entrée à l'hôpital, salle Mérinté, d'où, à la suite de son éruption, on l'a transférée à la salle Fressinge le 21 septembre ; aspect typhique, conjonctive injectée, langue saburrale, exanthème, rougeur diffuse de la gorge, se plaint de céphalée, de douleurs dans les masses musculaires de la cuisse.

N'a plus vomi ; diarrhée légère non fétide.

Abdomen souple, pas de gargouillements, foie et rate normaux.

Quelques ronchus disséminés dans la poitrine. Rien au cœur.

Pouls 108. Température 39°2 le matin, 39°4 le soir. Rien du côté du système nerveux, pas de Kernig.

Urines foncées contenant les traces d'albumine. L'éruption apparue le quatrième jour de la maladie s'est généralisée, elle occupe surtout le tronc, face antérieure et supérieure à la poitrine, l'abdomen, le dos, la racine des membres, la face n'est pas respectée ; cette éruption est constituée par des taches, macules très légèrement surélevées, séparées par des intervalles de peau saine, d'une coloration rouge magenta ou lie de vin, quelques-unes sont franchement hémorragiques ; il n'y a pas de prurit, sauf au niveau de certaines érosions cutanées siégeant à la partie externe des cuisses, plus anciennes, et que la malade attribue à des piqûres d'insectes. Pas de parasites.

Le 22 septembre : Etat stationnaire.

Le 24 septembre : Les éléments éruptifs ont pris un caractère nettement hémorragique.

Le 2 octobre : Chute de la température qui avait oscillé entre 38°5 et 39°5.
Légère desquamation semblable à celle que l'on observe dans la rougeole.

Sortie le 18 octobre.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T.A.B. et Wright : négatifs.

Agglutination du protéus : négative.

Observation 4. — (Due à l'obligeance du D^r SÉPET).

Fi... Pierre, 41 ans, coupeur à la Grande Maison.

Malade depuis le 25 avril 1924 ; début brusque, céphalée, vomissements, rachialgie : température oscillant autour de 40°. Eruption le 30 avril ; diagnostiquée « Typhus exanthématique ».

Entre à l'hôpital de la Conception : langue saburrale, conjonctives injectées, céphalée intense, vomissements bilieux, constipation opiniâtre.

Ebauche de Kernig, raideur de la nuque, masses musculaires douloureuses. Délire onirique violent. Eruption généralisée surtout marquée à la partie supérieure du thorax, constituée par des taches rouges et hémorragiques.

Pas de poux. Mort dans la nuit ; pas d'autopsie par opposition de la famille.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T.A.B. et Wright négatifs. Agglutination du protéus négative dans deux laboratoires.

Examen du liquide céphalo-rachidien.

Liquide clair hypertendu.

Pas de réaction cytologique.

Pas de germes.

Observation 5. — (Prof. OLMER et D^r MARCELIN).

X..., 68 ans.

Malade vu en consultation en juin 1924 par le Professeur Olmer.

Il présentait depuis la veille, au quatrième jour d'une maladie caractérisée par de la céphalée très intense, de l'insomnie, des courbatures, une éruption généralisée, en particulier à la face et au cuir chevelu où les éléments sont très nettement distincts, car le malade est complètement chauve.

La température est à 40°, les phénomènes généraux sont très marqués ; étant donné leur intensité, le D^r Marcelin avait pensé un moment à un rash variolique ; la persistance de l'éruption avait fait éliminer ce diagnostic.

Par la suite, la température baissa vers le douzième jour de la maladie, et l'on nota au cours de l'évolution une albuminurie légère et passagère. Convalescence sans incident.

Observation 6. — (Prof. OLMER et Dr Marc MASSOT).

D..., Charles, 57 ans, marchand ambulant.

Entré le 11 juin 1924 dans le service d'isolement de la Ferme à l'Hôpital Salvator, avec des signes qui ont fait penser au typhus exanthématique : fièvre élevée, éruption généralisée à tout le corps d'éléments isolés, arrondis, rougeâtres, ingestion conjonctivale. Le diagnostic du typhus est éliminé et le malade est transféré dans le service du Professeur Olmer.

Ce qui frappe d'abord, malgré la constatation d'une température élevée et d'une éruption suspecte, c'est l'atteinte minime de l'état général ; le malade est sans doute un peu indifférent à ce qui l'entoure, mais il n'est pas prostré : il a conservé toute la lucidité de son esprit et répond sans difficulté aux questions qu'on lui pose.

Le 13 juin, l'éruption prend par places un caractère purpurique et ne s'efface pas sous la pression du doigt.

Le 15, la température tend à s'abaisser et l'état général s'améliore. La langue est humide, les urines sont abondantes, le pouls se maintient entre 96 et 104 ; le facies est moins vultueux, mais l'injection conjonctivale persiste surtout à gauche et on voit nettement sur le front et sur les joues quelques éléments éruptifs du même type que ceux qui sont répartis sur le tronc et sur les membres.

La température s'abaisse en lysis, en même temps que les urines deviennent encore plus abondantes, atteignent et dépassent 3 litres.

A partir du 20 juin, l'apyrexie est à peu près complète ; mais du 28 au 30 juin, sans accélération thermique, le malade accuse une douleur assez violente au niveau de l'épaule gauche avec irradiation dans le bras correspondant et il a de la peine à remuer le bras. Cette douleur s'atténuera un peu les jours suivants et nous a paru d'origine articulaire. Elle disparaîtra sans laisser de traces.

Le 7 juillet, après une légère élévation de température, à 37°6 seulement le soir depuis le 3 juillet, il se produit brusquement une hémorragie intestinale abondante. Dans la nuit, nouvelle émission sanguine évaluée à un demi-litre environ. Le 8 et le 9 juillet, on constate de nouvelles hémorragies ; le facies est pâle, mais le pouls se maintient à 100 avec une tension satisfaisante.

Les selles redeviennent ensuite normales et le malade se rétablit peu à peu. Il sort encore affaibli le 9 août. Il est revenu par la suite se faire voir : il a été long à se remettre, a conservé longtemps des traces de son éruption, mais a guéri complètement.

Examens de laboratoire :

Séro-agglutination T.A.B. négative. *colibacillus* *typhosus*

Plusieurs hémocultures négatives sur bile, bouillon, ascite, gélose, ascite, sérum.

Hémocultures négatives avec du sang prélevé au niveau des éléments éruptifs.

Agglutination du protéus négative.

Observation 7. — (Prof. OLMER et D^r MATHIEU).

M^{me} G..., 40 ans.

Le 29 juillet 1924 a quelques nausées après le repas ; légère élévation thermique.

Le 30, malaise général. Température à 39°.

Le 31, la température est toujours à 39°, il existe de la diarrhée avec selles glaireuses, un état saburral des voies digestives. La malade souffre de céphalée, il n'y a pas de prostration à proprement parler. Le foie est normal. La rate est perceptible sur trois travers de doigt.

Rien au cœur et aux poumons. Oligurie.

Le 1^{er} août, la température est à 40°, on note deux ou trois taches lenticulaires sur l'abdomen. Le 2 août, la température reste à 40°, des taches rosées lenticulaires apparaissent sur le tronc ; elles se généralisent le lendemain à tout le tégument.

Le 4 août, devant la persistance de la température, on fait une hémoculture, qui est négative. A partir du 7 août, la température descend en lysis de cinq dixièmes par jour : le 10 août, elle est à 38° ; le 12 août, à 37°3 : tous les signes généraux se sont amendés, mais l'éruption persiste. Elle n'était pas complètement effacée le 1^{er} septembre.

Observation 8. — (Professeur OLMER).

L.... Albert, 60 ans, négociant.

D'aspect robuste, indemne de toute lésion organique, mais ancien spécifique.

Le 12 août 1924, la maladie débute assez brusquement par des frissons de la courbature, de la céphalée, mais M. L. ne s'alite que le 14 au soir, il descend de la campagne le 17 et le D^r Olmer le voit pour la première fois le 18, au 6^e jour de la maladie.

La température est élevée aux environs de 40°, la peau sèche et brûlante, le faciès vultueux : le malade est agité, subdélirant. Ses conjonctives sont un peu injectées et sur le corps on constate un exanthème généralisé. Cet exanthème n'épargne aucune partie du corps : il existe sur le tronc et à la face où il est discret ; il prédomine nettement aux membres. Il est constitué par des éléments isolés, arrondis ou ovalaires, de deux à cinq millimètres de diamètre. Sa coloration est rose ou rouge. Les taches sont légèrement surélevées : elles

ne s'effacent qu'incomplètement sous la pression du doigt. Elles sont isolées, laissent entre elles des espaces plus ou moins larges de peau saine.

Au niveau du pharynx, du voile du palais, on note de la rougeur diffuse. La langue est saburrale ; il y a de l'anorexie, de la constipation. Le pouls est régulier, bien frappé à 100.

On note l'absence de coryza, de tout signe du côté de l'appareil respiratoire. Pas de contractures, pas de Kernig.

Les jours suivants, l'état se maintient avec les mêmes caractères, mais l'agitation et le subdélire s'atténuent progressivement. Il ne paraît pas se produire de nouvelle éruption ; mais l'exanthème persiste et prend un aspect cuivré, un peu purpurique par places, surtout au niveau des membres inférieurs.

Au niveau du palais, la rougeur diffuse disparaît, mais fait place à des taches rougeâtres arrondies ou ovalaires : deux de ces taches s'ulcèrent le 24, comme si la muqueuse avait été abrasée à l'emporte-pièce ; et on constate le 28 une petite ulcération de la langue. Les urines deviennent albumineuses (1 gramme environ) et contiennent des cylindres granuleux.

Cependant l'état général s'améliore progressivement ; la température qui s'était maintenue quelques jours autour de 39° s'abaisse assez brusquement à 37°5, en même temps que le pouls se ralentit à 72, et qu'une véritable crise urinaire se produit.

L'éruption cependant persiste et on retrouve des traces pendant de longs mois. Le 4 septembre, certains éléments présentent une desquamation farfurée. Les ulcérations du pharynx et de la langue sont cicatrisées.

La convalescence est lente, entrecoupée de petites poussées subfébriles passagères. Mais l'albuminurie ne tarde pas à disparaître. Le malade conserve seulement pendant plusieurs mois de l'asthénie, un peu d'œdème des membres inférieurs, avec la trace cuivrée longtemps persistante de l'exanthème.

Examens de laboratoire :

Hémocultures en bouillon et en bile. Séro-agglutination pour l'Eberth et les paratyphiques négatives.

Agglutination du protéus négative.

Recherche du protéus dans l'urine pendant la convalescence également négative.

Observation 9. — (Prof. OLMER et Dr A. SICARD).

A., 36 ans, négociant en métaux précieux.

Piqûre de cause indéterminée, vraisemblablement par un insecte à l'avant-bras droit le 17 août 1924, à la Croix de Cavalaire, au cours d'une promenade. Cette piqûre a été suivie d'un bouton au point d'inoculation et d'une trainée de lymphangite.

La fièvre débute le 22 août 1924 par 38°. Elle atteint par degrés 40°7 en quatre jours. Le troisième jour était apparu l'exanthème, constitué par des

taches rouges, arrondies, un peu plus grosses qu'une lentille. Cet exanthème avait débuté par les membres inférieurs pour atteindre ensuite toutes les parties du corps, y compris la face où l'exanthème a été confluent. La température se maintient élevée pendant six jours. Au cours de toute l'évolution fébrile, céphalée violente, douleurs rhumatoïdes des membres inférieurs. Le pouls s'est maintenu entre 100 et 120.

Le 2 septembre s'établit la défervescence : elle se fait en lysis en trois jours. La convalescence n'est marquée par aucun incident.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Agglutination du protéus négative.

Observation 10. — (Professeur OLMER).

W. Adeline, 50 ans.

Entre dans le service du Professeur Olmer le 16 mai 1925, au 12^e ou 13^e jour d'une maladie qu'elle dit avoir débuté par une céphalée violente et une sensation de malaise général.

Pas de catarrhe oculo-nasal, pas d'angine, pas d'arthralgies.

La température atteint 39°. La malade est un peu prostrée sans torpeur véritable, la langue est rôtie, le pouls est accéléré (120) et irrégulier. Pharynx un peu rouge, sans exanthème vrai. Constipation opiniâtre. Rate percevable sur trois travers de doigt. On aperçoit quelques sous crépitaux à la base droite.

L'éruption, que le malade dit n'avoir remarquée que le jour de son entrée, est généralement des pieds à la tête sans localisation élective, mais prédomine au niveau des membres et surtout des avant-bras. Ce sont des éléments arrondis, isolés, mais extrêmement nombreux, de couleur rose, rouge, parfois franchement purpuriques ; quelques-uns s'effacent sous la pression du doigt. L'application de ventouses les rend ecchymotiques.

La température se maintient autour de 39° puis entre 38 et 39°. Elle baisse progressivement en lysis et redevient normale le 23 mai. Pas de crise urinaire.

Les troubles cardiaques du début s'améliorent assez vite, le cœur se régularise ; la langue devient humide et le malade guérit peu à peu, mais reste asthénique pendant plusieurs semaines.

L'éruption pâlit, mais les éléments purpuriques persistent longtemps. On ne constate pas de desquamation.

Examens de laboratoire :

Hémocultures (bile, bouillons, milieu anaérobie) négatives.

Séro-agglutination (T.A.B. mélitensis, protéus) négative.

Formule sanguine :

Polynucléaires	74 %
Lymphocytes	7 %
Moyens mononucléaires.....	8 %
Grands mononucléaires.....	7 %
Myélocytes	2 %
Métamyélocytes	2 %

Observation 11. — (Communiquée par MM. A. ROUSLACROIX et PERRIMOND).

M. Alida, 37 ans, sans profession.

Début progressif vers le 15 mai 1925 par de la fatigue générale, de la photophobie, avec sensation d'endolorissement des yeux, des douleurs abdominales avec barre épigastrique. Le malade s'alite le 18 mai et entre à l'hôpital le 22 mai. L'éruption a commencé la veille ou l'avant-veille sur les cuisses. Elle s'étend progressivement aux jambes, au tronc, aux membres supérieurs, à la face. Elle est constituée par des éléments rouges, légèrement saillants, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, ne s'effaçant pas complètement à la pression du doigt. Elle est surtout abondante aux cuisses et aux jambes, plus discrète au niveau de la poitrine et de la face. Nulle part elle n'est confluyente. Pas d'adénopathie. La langue est très saburrale ; le ventre est un peu douloureux, spontanément et à la pression, avec gargouillement dans la fosse iliaque droite, deux à trois selles liquides, jaunâtres chaque jour.

Foie normal, rate percutable sur deux travers de doigt. Du côté de l'appareil respiratoire, on note quelques râles de bronchite diffuse et une expectoration muqueuse assez abondante.

Le pouls est rapide : 120, irrégulier ; à l'auscultation du cœur, bruits un peu sourds, extrasystoles fréquentes.

Oligurie persistante, sans glycosurie ni albuminurie.

La température atteint et dépasse 39°.

Les jours suivants la température s'abaisse progressivement pour devenir normale à partir du 29 mai ; mais dès le 27 le maximum n'a pas dépassé 37°8 ; l'abaissement thermique s'accompagne d'une crise urinaire.

La diarrhée cesse. Le cœur se ralentit et reprend son rythme régulier. Mais l'éruption persiste ; elle pâlit peu à peu, mais est encore nettement visible une quinzaine de jours après la défervescence.

Examens de laboratoire :

Plusieurs hémocultures sur bile, sur bouillon T, sur bouillon T en anaérobie, donnent un résultat négatif.

L'inoculation au cobaye de 5 cmc de sang sous la peau détermine quelques troubles passagers : le 2^e jour l'animal ne mange pas, reste immobile et semble plongé dans un sommeil profond. Mais au bout de quelques heures, les troubles s'atténuent pour disparaître complètement dès le lendemain.

La température de l'animal n'a pu être prise.

L'agglutination du protéus a été négative.

Observation 12. — (Professeur OLMER).

M. Amable, 45 ans, relieur, mari de la précédente.

Début le 20 mai 1925, alors que sa femme était déjà malade depuis 4 ou 5 jours, par de la fatigue générale, de la céphalée, de la fièvre.

A son entrée dans le service du Professeur Olmer, le 23 mai, on constate une éruption qui aurait apparu dans la nuit au niveau des avant-bras et des mains, et qui est assez discrète, mais généralisée à tout le corps et à la face, présentant l'aspect de macules roses, légèrement surélevées, s'effaçant à la pression ; quelques éléments plus volumineux ne disparaissent pas sous la pression du doigt.

Au niveau du pharynx, la muqueuse est rouge et présente quelques taches arrondies ou ovalaires qui ne tarderont pas à s'ulcérer au niveau des piliers, du voile et de la luette.

Pas de catarrhe oculo-nasal.

Pas de diarrhée.

Rate perceptible sur trois travers de doigt.

Urines assez abondantes, 1 litre et demi, contenant de l'urobiline.

Fièvre modérée autour de 39°. Pouls autour de 80.

Pas de torpeur, pas de signes nerveux.

Au huitième jour, la température commence à céder et la défervescence se produit en trois jours en lysis rapide.

L'abaissement thermique est annoncé par une crise urinaire ; la polyurie atteint et dépasse 3 litres à la veille de la défervescence et dans les jours qui suivent.

Guérison rapide, sans incident, sans desquamation. La période fébrile a duré environ neuf jours. Asthénie persistante pendant la convalescence.

Examens de laboratoire :

Ici encore séro-diagnostic (T.A.B. melitensis, Weil-Félix) et hémocultures (en bile, en bouillon ordinaire, en milieu anaérobie, etc...) ont été négatifs.

Sur des frottis de sang pratiqués au niveau d'une macule, pas de germe,

Formule sanguine au cours de la période fébrile :

Polynucléaires	67 %
Lymphocytes	13 %
Moyens mononucléaires	11 %
Grands mononucléaires	5 %
Métamyélocytes	4 %

L'injection sous-cutanée de 7 cmc de sang au cobaye n'a provoqué aucune réaction.

Observation 13. — (Prof. OLMER et D^r SAUZE).

M..., 51 ans, ancien capitaine au long-cours.

Début brusque le 24 juin 1925. Le sujet est pris subitement sur sa porte d'un malaise avec évanouissement. Il est obligé de s'aliter.

Le 25 juin, le malade se plaint d'insomnie. Il souffre d'une céphalée très violente et de courbature généralisée. La température est à 40°, le pouls à 100, régulier. On note un état saburral des voies digestives, un peu d'angine avec rougeur plus marquée des piliers antérieurs. Le ventre n'est pas douloureux ni ballonné. On constate enfin une obscurité respiratoire aux deux bases, surtout à droite, avec des râles disséminés dans l'étendue des deux poumons.

Cet état fébrile persiste sans changement jusqu'au 29 juin où apparaît l'exanthème, particulièrement marqué sur le tronc et la face interne des membres, mais généralisé à tout le tégument. On note un élément ovoidaire d'érythème sur le voile du palais.

La rate déborde de trois travers de doigt. Il n'y a pas de diarrhée. Le ventre n'est pas ballonné.

Le 2 juillet, un séro-diagnostic est positif à l'Eberth à 1/100°.

L'agglutination du protéus n'a pas été recherchée.

La température commence à baisser le 3 juillet ; la défervescence se fait en lysis ; le 8 la température a atteint la normale.

La convalescence fut rapide. Les tâches persistèrent longtemps.

A noter un amaigrissement marqué pendant la maladie.

Observation 14. — (Prof. OLMER et D^r BLACAS).

M^{me} V..., 31 ans, demeurant à l'Estaque.

Début le 1^{er} août par une céphalée intense, qui croît encore le lendemain, s'accompagnant d'angine. La malade s'alite ; elle a 39°4.

Le 3 août, la température est à 40°8 : la céphalée est très marquée ; il y a des douleurs musculaires généralisées ; un peu d'ingestion conjonctivale, de l'angine. Pas de signes méningés, pulmonaires ni abdominaux.

Le 4 août, mêmes symptômes généraux. En outre, apparition sur les avant-bras et les jambes d'une éruption caractérisée par de petits éléments rouges, surélevés, assez discrets. Ils s'étendent le lendemain à tout le reste du corps.

Jusqu'au 8 août pas de changement : la température reste au-dessus de 40°; la malade est abattue et souffre toujours de violentes douleurs musculaires.

A partir du 9 août, sédation graduelle de tous les phénomènes : chute de la température, qui atteint 37° le 13 au matin, mais pour remonter à 38°4 le soir, et qui ne sera redevenue tout à fait normale que le 21.

A noter pendant la convalescence une légère desquamation et quelques troubles sensoriels (visuels et auditifs) fugaces.

L'agglutination du protéus $\times 19$ avait été négative.

Observation 15. (Communiquée par le D^r SAUZE):

M^{me} G..., 49 ans, fermière.

Début brusque le 3 août 1925 par des douleurs abdominales et une violente céphalée. Dans la nuit, il y a de l'insomnie et un peu de délire ; la malade a une épistaxis peu abondante.

La température n'est prise que le 5^e : elle s'élevait à 39°. Le 7 au soir apparaît l'exanthème par poussées successives aboutissant à la généralisation ; il est assez discret sur le tronc et sur la face, mais très marqué sur les membres. On remarque un élément d'énanthème isolé à la face interne de la lèvre inférieure.

Les jours suivants, la température, qui était montée à 40°2 pendant deux jours, se stabilise autour de 39. La céphalée persiste très marquée ainsi que l'insomnie. Il y a un état saburral des voies digestives, une diarrhée légère ; le ventre est ballonné et douloureux dans la fosse iliaque droite. La rate est perceptible.

Le pouls est dicrote, mais régulier au-dessous de 100. Pas de signes pulmonaires.

Le 14 août s'amorce la défervescence thermique, qui se fait en lysis. Le 18, la température avait atteint la normale, et la malade entraînait en convalescence sans présenter de complication.

Observation 16. — (Prof. OLMER et D^{rs} CONDO et SOULAS):

M^{me} M...

Début le 28 août 1925 par de la courbature, des frissons, quelques douleurs articulaires. Le 29, apparition de la fièvre, avec quelques petites taches sur les membres.

Le 31, état infectieux très marqué : température à 40°, langue saburrale rouge à la pointe. Eruption généralisée à tout le corps, face comprise.

Légère injection conjonctivale.

Le 6 septembre commence la défervescence de la température qui atteint rapidement 38°, mais y reste assez longtemps.

Cependant l'éruption persiste : de nouvelles taches même apparaissent alors que les autres commençaient à s'effacer.

La convalescence est marquée par une asthénie très prononcée.

Observation 17. — (Prof. OLMER et D^r BRAHIC).

M^{me} B..., 36 ans.

Début le 10 septembre 1925 par des frissons.

Mais ne s'alite que le 12.

L'éruption apparaît le 15, d'abord sur le tronc et les membres, plus tardivement à la face où elle est plus discrète.

A l'examen de la gorge on note de la rougeur pharyngée avec un petit point arrondi sur le pilier antérieur.

La température atteint 40°3. Elle se maintient ainsi 3 jours, puis commence à baisser : elle est à 39°4 le 18 septembre, à 38° le 19. La malade répond bien ; il n'y a jamais eu de prostration bien marquée.

La convalescence est lente, mais sans complication.

A noter seulement quelques douleurs musculaires et articulaires.

Observation 18. — (Prof. OLMER et D^r MURAT).

M^{me} L..., 65 ans, Saint-Barnabé.

Malade vue le 7 mai 1926. Elle présentait alors un état infectieux, avec fièvre à 39°, état saburral des voies digestives, céphalée légère. En outre, elle avait un exanthème généralisé à tout le tégument, mais plus discret à la face.

Le début de ces troubles remontait au 1^{er} mai, la malade avait ressenti des courbatures, une fatigue générale et avait été obligée de s'aliter. Ce n'est que le 4 qu'apparut l'éruption qui s'était généralisée par poussées successives.

La défervescence thermique commença le 11 et se fit en lysis atteignant la normale le 14.

La convalescence se fit sans complication.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Séro-diagnostic de Wright négatif.

Agglutination du protéus négative.

Hémoculture sur bouillon négative.

Inoculation de sang au cobaye : ne détermine aucune réaction.

Numération globulaire :

5.000.000 de globules rouges, 6 à 8.000 globules blancs.

Forme leucocytaire :

Polynucléaires	74 %
Eosinophiles	1 %
Grands mononucléaires.....	4 %
Moyens mononucléaires.....	15 %
Petits mononucléaires.....	6 %

Observation 19. — (Prof. OLMER et D^r CONDO).

M^{me} M..., 54 ans, bouchère.

Le début est marqué par de la courbature, une fatigue générale. Le D^r Condo, consulté le 22 mai 1926, ne constate rien de net ; il conseille le repos. Mais ce n'est que le 24 que la malade s'alite. Elle a une température à 40°, une céphalée intense, des courbatures, des douleurs lombaires, des douleurs articulaires ; elle est un peu prostrée.

On constate à la cuisse droite une tache ecchymotique de 3 à 4 centimètres de diamètre, irrégulière, entourée d'une zone rouge et qui remonte à deux ou trois jours. Le 24, apparaît une tache analogue sur le front.

Le 25, on constate au tronc les membres et la face une éruption discrète, constituée par des éléments arrondis, un peu papuleux, légèrement surélevés, s'effaçant mal à la pression.

Il n'y a pas de prostration. On note un très léger Kernig. Le 26, l'éruption a les mêmes caractères. De plus, on constate une rougeur du voile du palais, sous forme de petits éléments isolés. Les urines sont rares. La langue est sèche. La rate est perceptible, sur 2 travers de doigt. Le pouls est à 80.

Dans la suite, chute thermique en lysis.

Convalescence sans incident.

Examens de laboratoire :

Agglutination du protéus négative.

L'inoculation de sang à deux cobayes ne détermine aucune réaction.

Observation 20. — (Due à l'obligeance du D^r Jean PIÉRI).

(Malade du D^r CONDO DE SATRIANO).

B..., serrurier, 42 ans, présente vers la fin de mai 1926 deux petites plaques inflammatoires au mollet gauche. Le centre en devient rapidement noir. Le 4 juin, le malade est pris d'un accès fébrile qu'il attribue à un retour de paludisme. La température augmente les jours qui suivent et atteint 40 degrés 5 le

lundi 7 juin. Nausée, frissons. Pouls rapide, douleurs musculaires. Pas de prostration, bon état général. Il se produit à cette date une éruption à type d'exanthème généralisé sur tout le corps ayant l'aspect maculeux et accompagné d'exanthème très net. Au milieu du mollet les deux plaques prennent un aspect hémorragique et le centre en est complètement noir ; elles sont indolores. L'évolution se fait rapidement vers la guérison. Sujet indemne de parasites.

Observation 21. — (Professeur OLMER).

M^{me} V.... Marie, 37 ans.

Entre à l'Hôpital Salvator le 20 juin 1926 (service du Professeur Olmer).

Une semaine auparavant, avait éprouvé une sensation de fatigue générale avec état fébrile. Néanmoins, le lendemain, elle continue son travail. Mais le surlendemain, elle doit s'aliter : elle se plaint de céphalée et de courbature : elle n'a pas d'épistaxis, mais ses règles sont avancées de quelques jours. La température n'a pas été prise.

Trois jours après les premiers signes de début est apparu un exanthème généralisé à tout le corps.

A son entrée à l'hôpital, état typhoïde, mais peu accusé. La température est à 39°3. On constate un exanthème généralisé à tout le tégument, formé d'éléments rouge violacé dont certains atteignent la grosseur d'une lentille. En outre, on note à la face externe de la cuisse droite au tiers inférieur, un élément plus gros que les autres et d'aspect différent : il est noir et croûteux au centre, rougeâtre à la périphérie.

Il n'y a pas d'injection conjonctivale.

L'examen de la gorge permet d'observer une légère rougeur bucco-pharyngée, mais sans ulcération.

La rate n'est pas perceptible.

Le foie est de volume normal.

Il n'y a pas de diarrhée.

Le pouls est régulier, à 96.

Les urines sont un peu rouges, sans albuminurie. Pas de réaction méningée.

Dans la suite, la température baissa progressivement. A noter, le 25 juin, que la malade accuse une douleur au niveau de l'hémithorax droit, où l'on constate de la submatité du tiers moyen avec quelques râles fins à la toux. Les phénomènes disparaissent rapidement et au début de juillet la malade entrait en convalescence.

Examens de laboratoire :

Hémocultures sur bile et bouillon négatives.

Séro-diagnostic positif pour l'Eberth et les paratyphiques.

Liquide céphalo-rachidien :

5 lymphocytes par millimètres.

0.25 o/co d'albumine.

Sucre : traces.

Chlorures : 7 gr. 2.

Bordet-Wassermann négatif.

Réaction de Weil-Félix négative aux laboratoires de l'Hôpital Salvator, de l'Hôpital Militaire et à l'Institut Pasteur de Tunis (D^r Burnet).

Inoculation de 3 cc de sang dans le péritoine d'un cobaye négative.

Observation 22. — (Due à l'obligeance du D^r Jean PIÉRI).

Malade arrivant d'Italie depuis quelques jours. Présente brusquement une forte température aux environ de 41°. Rapidement se produit une éruption violacée débutant par les membres inférieurs et envahissant la face. Délire nocturne, agitation. Transportée à la Conception (D^r Sépet), cette malade est examinée complètement : réactions sérologiques négatives, notamment protéus $\times$ 19 Kernig et légère raideur. Epreuve de coagulation négative. Au bout de quelques jours l'éruption pâlit et la température tombe. La malade présentait une escarre noire à la face interne du genou. Ajoutons que la malade eut, au début, de la rachialgie et qu'on observa de l'énanthème franc.

Observation 23. — (Prof. OLMER et D^r ARNOUX).

F.... Lélis, 65 ans.

Début brusque le 14 juillet 1926 par céphalée violente, courbature généralisée. La température est à 40°. On note de l'insomnie, du délire dès le début, une torpeur intellectuelle avec tremblement intermittent. La langue est saburrale, la constipation opiniâtre. L'éruption apparaît le 19 : elle est constituée par des papules d'un rouge vif, isolées les unes des autres, mais souvent abondantes aux bras et aux jambes. A ce moment on constate une faible rémission thermique avec légère amélioration de l'état général.

Mais la température remonte peu après, l'état général est gravement atteint. Le pouls est petit, arythmique et le malade succombe par collapsus cardiaque le 26 juillet.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T. A. B. négatif.

Agglutination du protéus négative.

Observation 24. — (Professeur OLMER).

R.... Salvator, 40 ans, maçon.

Entre à l'Hôpital Salvator, dans le service du Professeur Olmer, le 31 juillet 1926.

Six jours avant son entrée à l'hôpital, a ressenti une douleur au niveau de l'aine droite, sans troubles de l'état général.

Le lendemain matin, frissons, élévation thermique (n'a pas été mesurée), le malade reste couché. Il constate l'apparition d'un « bouton » au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Trois jours après (la veille de son entrée à l'hôpital) apparaît une éruption.

A son entrée, le malade se présente avec un état typhique, la prostration est marquée. Le sujet répond mal aux questions. La température est à 40°. Le pouls à 88.

Sur les téguments se voit une éruption légèrement papuleuse à tendance hémorragique, étendue à tout le corps, assez dense sur le tronc, atténuée à la face, plus dense et plus hémorragique aux membres.

A 2 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, petite escarre, plus petite qu'une pièce de dix sous.

Rien à noter sur les muqueuses.

Pas d'injection conjonctivale.

Rien à signaler au niveau des autres appareils.

L'amélioration est rapide. Jusqu'au 5^e jour, la température dépasse 39° avec un pouls à 84. Puis, par une descente en lysis, la température atteint 37° en trois jours.

Deux injections de novarsénobenzol n'ont pas paru modifier la courbe de température. Le malade sort guéri le 15 août, mais conservant encore des traces de son éruption.

Examens de laboratoire :

Un séro-diagnostic T.A.B. a été négatif.

L'agglutination du protéus a été négative.

Observation 25. — (Prof. OLMER et D^r ROUGON).

S...., 67 ans.

Début le 10 août 1926 par des malaises généraux qui persistent les jours suivants sans obliger le malade à s'aliter. Il peut même se rendre le 12 au cabinet du médecin.

Mais le soir de ce jour, la température s'élève et le malade est obligé de se coucher. C'est à ce moment qu'on constate le début de l'éruption, qui se consti-

tuera en deux jours, prédominant aux membres, avec quelques éléments à la face.

La température est à 40°, le pouls à 80.

Il n'y a pas de tufos, pas de réaction méningée. Les conjonctives ne sont pas injectées. La langue est saburrale ; on observe de la rougeur de la gorge, un peu de subictère.

Dès le 18, la température tend à descendre. Le 19, elle est à 38°. Ce jour-là, cependant, on constate une phlébite du membre inférieur droit, débutant par le mollet, et caractérisée par de la douleur et de l'œdème.

Malgré ce, la fièvre ne monte pas, et, après être restée quelques jours aux environs de 38°, elle atteignait la normale le 24.

Ajoutons que la phlébite guérit sans complication et que l'on nota aussi, d'une façon passagère, quelques râles aux bases.

Examens de laboratoire :

Hémoculture négative.

Observation 26. — (Professeur OLMER).

M^{me} B..., 38 ans.

Début le 13 août 1926 : la malade constate au niveau de l'épigastre une petite tache rouge qui se transforme les jours suivants en croûte brunâtre. Elle affirme avoir été piquée par une puce.

La fièvre et les phénomènes généraux débutent le 17 août. Le 18 au soir, la température atteignait 39° ; le 19 elle s'élevait à 39°8 et le 20 à 40° avec une rémission matinale de 5 ou 6 dixièmes.

Du 19 au 20 avait débuté l'éruption : elle est restée discrète surtout, marquée sur le tronc et sur les membres, avec quelques éléments à la face. La gorge est rouge. Il n'y a pas d'injection conjonctivale. Les douleurs articulaires sont assez violentes.

Dès le 22 la température oscille aux environs de 39°. Puis le 27 elle descend brusquement à la normale, et ne remontera plus.

Le 3 septembre, les traces de l'éruption sont à peine visibles.

La convalescence est marquée seulement par une asthénie prononcée.

Examens de laboratoire :

Hémoculture négative.

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Agglutination du protéus négative.

Observation 27. — (Observation communiquée par le D^r ROZET).

M^{me} L..., 52 ans, Saint-Cyr-sur-Mer.

Le début de l'affection remonte au 22 août 1926, par une sensation de fatigue générale. Le 25, il y a eu des frissons et la fièvre s'est installée à ce moment-là. Le 26, la température s'élève à 40° et restera au-dessus les jours suivants. La céphalée est très violente ; douleurs musculaires au niveau du dos, des lombes et des membres ; l'adynamie est marquée, l'insomnie totale. Quand on assied la malade, s'installe un état vertigineux avec lipothymies.

Le 29 apparaît l'éruption par poussées successives.

La fièvre est persistante, ne descendant en lysis que très lentement. L'adynamie est marquée et prolongée, la céphalée très intense.

Le pouls est petit et rapide : il y a des lipothymies.

La langue est saburrale. La constipation s'observe pendant 15 jours.

Les urines, rares au début, redeviennent claires et assez abondantes le 31 août. Dès le premier jour, on constate une albuminurie notable qui persistera jusqu'au 15 septembre. Le 3 et le 10, on observe de l'incontinence nocturne d'urine ; le 15, il y a de la parésie vésicale n'ayant pas nécessité de cathétérisme.

Malgré la gravité de ces signes, la guérison s'obtient par une amélioration progressive, mais très lente de tous les symptômes.

Examens de laboratoire :

Hémoculture négative.

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Agglutination du protéus négative.

Observation 28. — (Due à l'obligeance du D^r Jean PRIÉRI).

E..., ancien comptable, 56 ans.

Début brusque le 30 mai, fièvre, céphalée, diarrhée avec selles fétides. Etat d'euphorie, urines normales. Pouls 90. Température 40°6. Le troisième jour, éruption sous la forme d'un exanthème généralisé. Sur la région fronto-pariétale gauche on constate l'apparition d'un point de folliculite suppurée avec adénopathie rétro-mastoïdienne, se transformant bientôt en une escarre noire. Le 4 juin on pratique un séro T.A.S., un séro Wright, un séro Weil-Félix, une hémoculture T.A.S. Tout est négatif. Il existait quelques ulcérations sur le bord libre du voile et la partie supérieure des piliers. La température s'abaisse graduellement après une légère reprise vers le 12^e jour. Les taches exanthématiques s'effacent graduellement. Il en existait encore le 25 juin. A cette date le malade pouvait être considéré comme guéri.

Observation 29. — (Due à l'obligeance du D^r LARROUYET).

Co..., 36 ans, ajusteur sur les bateaux.

Début le samedi 28 mai 1927 par courbature générale et sensation de lassitude qui sont allées en augmentant jusqu'au lundi. Vu le mardi avec 39°. Arthralgies pénibles. Rougeur diffuse de la gorge.

Apparition de l'éruption caractéristique le jeudi 2 juin au matin. Pas d'escarre. Hémorragie intestinale très abondante l'après-midi suivie de syncope. Grosse rate (ne débordant pas cependant). L'hémorragie intestinale, quoique plus discrète, a continué jusqu'au dimanche 5 juin. Les taches ont commencé à pâlir vers le 7 juin.

Aucune complication. Guérison normale.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostics T.A.B. et Wright négatifs.

Agglutination du protéus négative.

Observation 30. — (Due à l'obligeance du D^r Jean PIÉRI).

Malade vu à la Ciotat, s'alite avec une température de près de 41°, un état grave en apparence. Une éruption se produit au niveau des membres et de tout le corps. Il s'agit d'un cultivateur qui touche très souvent du fumier. Au poignet droit existe une escarre, « tache noire » de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes. Kernig, raideur de la nuque et trismus. Tous les examens sont négatifs. La ponction lombaire donne un liquide normal : 0,35 d'albumine, 4 lymphocytes par mmc, chlorures : 6 gr. 20 et pas de germes (Ranque et Sénez). Au bout d'une quinzaine de jours, guérison complète.

Observation 31. — (Communiquée par MM. les D^{rs} BOINET, J. ARNAUD et PIÉRI).

V..., 44 ans.

Début brusque, le 11 juin 1927 ; sensation de malaise général qui détermine le malade à prendre sa température : il avait 40°6. Dès le lendemain, céphalée, courbature, épistaxis. La température se maintient à 40°. Ces divers phénomènes persistent les jours suivants. Le 14 apparaît l'éruption, d'abord maculeuse, puis maculo-papuleuse. Le 16 le malade entre dans le service des contagieux de l'Hôpital Salvator. Il a une température à 41° avec un pouls à 92. Il est courbaturé, mais n'a pas de tuphos.

L'éruption est généralisée, sans caractère confluent, n'épargnant ni la face, ni le front, mais prédominant sur le dos, les avant-bras et les mains. Elle n'est pas purpurique. On ne constate pas d'énanthème. La langue est saburrale. Le

foie est normal. La rate est percevable sur trois travers de doigt. Les autres appareils sont normaux.

Les jours suivants, la température se stabilise autour de 39°5 sans rémission matinale marquée. Le pouls est à 80. L'éruption n'a plus présenté de poussée nouvelle : elle prend peu à peu le caractère pétéchial. Des arthralgies légères surviennent. Le 14^e jour, la température baisse au-dessous de 38°. Elle atteint rapidement la normale.

Convalescence sans incident.

Examens de laboratoire :

Hémoculture sur bile et bouillon négative.

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Agglutination du protéus négative.

Observation 32. — (Due à l'obligeance du Professeur Ch. MATTEI).

M^{me} AL., 69 ans.

Dans les antécédents arythmie myocardique légère et congestion des bases. Début le 18 juillet 1927 par courbature et fièvre. Pouls 90.

Eruption au 5^e jour. Facies et langue normaux.

Plateau entre 38.5 et 39.5, puis lysis assez brusque et décès en 12 heures par défaillance cardiaque progressive.

Observation 33. — (Due à l'obligeance du Professeur Ch. MATTEI).
(Malade du D^r MÈGE).

Mad. Y., La Ciotat.

Ancienne cardiaque mitrale et néphrite albuminurique. Début assez brusque. Plateau à 40-40.5. Eruption abondante.

Vue le 18 juillet 1927 dans le subcoma. Alb. 12 gr. par litre.

Décès.

Observation 24. — (Personnelle).
(Malade du Service du D^r SÉPÉT).

A..., Edouard, 55 ans.

Le 21 juillet 1927, alors que le sujet travaillait, il est pris brusquement de frissons avec tremblement des membres. Il est obligé de s'aliter et reste cinq jours chez lui. Il se sent fébrile, a des céphalées, de la courbature, de l'anorexie ; il n'a jamais pris sa température. C'est chez lui qu'est apparue l'éruption, deux ou trois jours après le début des accidents. Quand il entre à l'hôpital de

la Conception (Saïle Freyssinge, n° 10) il n'est pas prostré. Sa température est à 40° avec un pouls à 96. Il se plaint de céphalée et de myalgies. Ses conjonctives ne sont pas injectées.

L'éruption est généralisée à tout le tégument, mais plus discrète à la face, constituée par des éléments maculo-papuleux dont certains s'effacent à la pression, tandis que d'autres sont devenus purpuriques. Léger énanthème pharyngé. Langue saburrale. Rate percutable. Les autres appareils sont normaux ; en particulier pas de signe méningé.

Le 30 juillet, la température est encore à 40° avec un pouls à 95.

Le 31, elle ne dépassera pas 39°, il en sera de même les jours suivants. A partir du 3, elle est inférieure à 38°, et, après quelques oscillations, elle atteint définitivement la normale le 10.

L'éruption a pris tout entière le caractère purpurique.

L'état général s'est maintenu bon ; on a noté quelques extra-systoles. Convalescence sans incident.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T.A.B. et Wright négatifs.

Agglutination du protéus négative au laboratoire de la Conception et à l'Institut Pasteur de Tunis (D^r Burnet).

Agglutination positive avec la souche polonaise de l'Institut Pasteur de Paris (D^r Legroux).

Inoculation de sang dans le péritoine du cobaye ; les animaux observés à l'hôpital de la Conception ou à l'Institut Pasteur de Tunis par le D^r Burnet n'ont pas présenté de maladie expérimentale, même après inoculation en série.

Examen du liquide céphalo-rachidien : Pas d'éléments blancs.

Albumine : 0.50, Sucre +, Biuret +, BW = négatif.

Observation 35. — (Due à l'obligeance du D^r Jean PRÉRI).

Enfant de 18 mois présentant une température élevée, une éruption généralisée et une escarre jaunâtre au niveau du mamelon droit. Cet enfant vivait à la campagne en banlieue ; au bout de huit jours environ, sédation, chute de la température, mais l'éruption ne pâlit que très lentement, pour disparaître bientôt complètement. A noter que les deux frères et la sœur plus âgés (6 ans, 10 ans, 12 ans) s'alitèrent le lendemain avec une température oscillant entre 38.5 et 40°, mais ne présentèrent pas d'éruption et quatre jours après étaient entièrement guéris. L'un d'eux présentait à l'aîne droite une petite plaie grisâtre.

Observation 36. — (Personnelle).

(Malade du D^r PONTHEU).

M. Bo..., 56 ans.

Bonne santé antérieure.

Le 21 juillet, présente une diarrhée fétide avec une sensation de fatigue

générale qui ne fera que s'accroître les jours suivants, s'accompagnant d'insap-
pétence ; il prend sa température, elle se maintient au voisinage de 39°. Le 26,
au milieu de ce tableau infectieux, apparaît l'éruption, d'abord sur le corps,
puis gagnant les membres : elle atteint aussi, mais plus discrètement, la face.
Légère injection conjonctivale. Le 26 et le 27, la température dépasse 39° ;
elle atteint 39°4 et 39°6. Puis, à partir de 28, elle se maintiendra entre 38 et 39°
avec de très légères oscillations. L'état général est relativement bon, et il n'y
a pas de prostration. La rate est un peu hypertrophiée. Au point de vue cardia-
que, un peu d'arythmie. A partir du 31, la température descend au-dessous de
38° pour redevenir normale le 5 août.

L'éruption s'estompe à la face ; aux membres, elle prend le caractère
purpurique.

Les forces reviennent lentement, et le malade entre en convalescence le
10 août.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic Weil-Félix négatif à l'Hôpital de la Conception et à l'Insti-
tut Pasteur de Tunis (D^r Burnet).

Agglutination du protéus positive avec la souche polonaise de l'Institut
Pasteur de Paris (D^r Legroux).

Observation 37. — (Personnelle).

(Malade du D^r PONTIEU).

M^{me} Bo..., 54 ans, femme du précédent.

Bonne santé antérieure.

Le 27 juillet 1927, est prise de frissons et de vomissements. Mais ne se
couche pas et ne prend pas sa température.

Le 28, nouveaux frissons. La malade constate au niveau de sa jambe droite
trois gros boutons isolés n'atteignant pas les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50.

Le 29, la malade s'alite : elle prend sa température, 38°.

Le 30 elle accuse une céphalée marquée qui se prolongera jusqu'au 3 août.

Le 31, température : 38°4 le matin, 39°1 le soir.

Le 1^{er} août, apparition de l'éruption sur le tronc, les membres et aussi la
face.

Pas d'injection conjonctivale, rougeur de la gorge.

Le 1^{er} août, température : 39°6 le matin, 40°1 le soir.

Le 2 août : 39°8 le matin.

Le 3 août : 39°6 le matin, 39°5 le soir.

A partir de cette date, la température n'atteindra plus 39°. Elle se main-
tiendra autour de 38° jusqu'au 8, puis descendra à la normale le 11.

L'état général a toujours été bon, on n'a noté ni prostration, ni torpeur.

L'éruption s'est estompée lentement sans prendre le caractère purpurique.
A signaler, pendant la convalescence, des myalgies des membres inférieurs.

Examens de laboratoire :

Weil-Félix négatif.

Observation 38. — (Personnelle).
(Malade du D^r PONTHEU).

M^{me} Me..., 30 ans, nièce des précédents.

Début brusque le 22 août 1927 par des frissons et des vomissements.

Se couche avec une température à 39°.

Vue le 23 août : état infectieux avec température à 39°5, mais sans prostration.

Un examen complet permet de découvrir au niveau de l'aisselle droite une petite escarre brunâtre.

Le 25, apparaît une éruption généralisée, mais si discrète qu'elle aurait sans doute passé inaperçue, si la constatation de l'escarre ne l'avait fait systématiquement rechercher.

L'état général se maintient excellent ; la température n'a jamais dépassé 39°5.

Au bout d'une dizaine de jours, chute thermique et convalescence rapide.

Pas d'examen de laboratoire.

Observation 39. — (Due à l'obligeance du D^r Jean PIÉRI).
(Malade des D^{rs} PONTHEU et BENOIT).

M^{lle} B..., 35 ans, n'ayant aucun parasite et observant chez elle les règles d'une bonne hygiène. Température 38°4 le 21 juillet avec apparition d'un chémosis dont le centre est légèrement noirâtre. Le 26, la température est à 38°8 et le 29 à 40°. Le 27, apparition d'une éruption formée de taches papuleuses, varicelliformes légèrement croûteuses et entourées d'une auréole rouge. L'éruption est généralisée, n'épargne pas la face et atteint même la région palmaire et la face plantaire. Pas de prostration, mais plutôt état de bien-être. Oligurie. Pas d'énanthème. Le 1^{er} août, au moment des règles, apparition d'un souffle systolique qu'on ne retrouve plus quelques jours après. Vers le 4 août, on trouve à l'oreille quelques râles congestifs aux deux bases. L'éruption pâlit le 5, mais demeure papuleuse. La température descend en lysis depuis le 31 et ne redevient normale que le 10 août. L'éruption ne disparaît que le 12 août et il se fait une légère desquamation à son niveau. Il n'y a pas eu de signes méningés. Recherche du protéus $\times 19$ entièrement négative.

Observation 40. — (Personnelle).

Za..., Dantes, 40 ans (contremaître).

Le 21 juillet, accuse des troubles gastro-intestinaux ; vomissements, un peu de diarrhée avec fatigue générale et petit état fébrile.

Cependant vague à ses occupations jusqu'au 28 où il est obligé de se coucher.

Deux jours auparavant, le 26, il était apparu une petite escarre à la face interne du bras droit.

Le 28, jour où notre sujet s'alite, il prend sa température : elle s'élevait à 39°6. Le même jour, apparition d'une éruption sur tout le corps, ne respectant pas la face.

Pendant trois jours, la température se maintient au voisinage de 40°, puis baisse lentement, restant pendant 5 à 6 jours stationnaire entre 38° et 39°.

Le 10 août, la fièvre est complètement tombée depuis la veille. C'est à ce moment que nous avons l'occasion de voir ce malade. Il a sensiblement maigri pendant sa maladie, mais n'est nullement abattu.

Nous constatons au niveau de la face interne du bras droit une croûte brunâtre sur le point de tomber. L'éruption a pâli surtout à la face. Quelques éléments cependant sont devenus purpuriques.

Pas d'énanthème de la gorge.

La rate est légèrement hypertrophiée.

Nous faisons à ce moment une prise de sang pour Weil-Félix qui est négative.

Nous eûmes par la suite des nouvelles de ce malade qui eut une convalescence rapide.

Observation 41. — (Prof. OLMER et D^r Félix MONGES).

M^{me} D..., 67 ans.

Se sent un peu courbaturée le 3 août 1927 et a de la diarrhée. Il en est de même les jours suivants, ce qui ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations. Cependant, le 8, elle est obligée de s'aliter avec une céphalée intense, qui n'est calmée par rien ; l'insomnie est complète.

Le 9 août, la température est à 40° ; elle redescend le 10 au matin à 38°8 pour remonter le soir à 40°4. Légère rémission le 11 au matin à 39°5 ; reprise le soir à 40°2. Le 12, on note 40°3 le matin, 40°8 le soir. C'est ce jour-là qu'apparaît l'éruption, qui rapidement se généralise à tout le corps.

Il n'y a pas d'injection conjonctivale, pas d'énanthème, pas de tuphos. Le même jour, on constate à la fesse gauche une petite escarre noirâtre qui tombera 3 ou 4 jours après, laissant une ulcération arrondie. La rate est palpable et palpable. Il y a de la congestion des bases, de la diarrhée.

La température se maintient au-dessus de 40° jusqu'au 15, puis baisse lentement : le 22, elle est au-dessous de 39, le 30 au-dessous de 38. Elle était revenue à la normale dans les premiers jours de septembre.

La céphalée et l'insomnie ont persisté jusqu'au 20. Mais la malade n'a jamais été prostrée. La congestion des bases a diminué progressivement, ainsi que la diarrhée. L'éruption n'a disparu que lentement.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Séro de Wright négatif.

Agglutination du protéus négative.

Observation 42. — (Due à l'obligeance du D^r PERRIMOND).

M^{me} Se..., 51 ans.

Le 9 août 1927, à 10 heures et demie, ressent une très vive piqûre sur le dos du pied gauche.

Le soir, démangeaisons au niveau de la piqûre, un peu d'enflure.

Le 10 août, douleur dans les jambes : courbature généralisée. Au niveau du pied gauche il y aurait eu déjà une plaque noire sur fond rouge.

La malade peut vaquer à ses occupations; elle ne prend pas sa température.

Le 11 août, fébrile, très courbaturée, souffrant de la tête, elle doit garder le lit.

Les jours suivants, même état.

Le 16 août, température 39°5. Langue saburrale, pouls à 100. Céphalée vive, courbature diffuse, pas de tymphos net, pas de signes méningés. Rate perceptible sur trois travers de doigt.

L'éruption débute.

Les jours suivants, la température reste élevée jusqu'au 13^e jour de la maladie, normale le 18^e jour.

L'éruption est diffuse et intense : maculo-papuleuse, pétéchiale pour la majorité des éléments. S'accompagne d'érythème.

Petite escarre noire sur fond d'œdème sur le dos du pied gauche.

État saburral de la langue, pas de diarrhée, selles normales.

Rate perceptible, ne peut être palpée.

Tension artérielle 14.7 le 6^e jour.

La convalescence est traînante (albuminurie-urobilinurie).

Les éléments pétéchiaux sont très longs à s'effacer.

Examens de laboratoire :

Frottis du sang au 9^e jour de la maladie, ne montrent aucun germe.

Séro-diagnostic de Widel.

Séro-diagnostic de Weil-Félix le 11^e jour négatif.

Examen des urines le 17^e jour de la maladie.

Trace d'albumine, traces notables d'urobilin, pas de sucre.

Quatre jours après : ni albumine, ni sucre ; urobiline : traces notables.

Observation 43. — (Personnelle).

(Malade du D^r PERRIMOND).

M^{me} Ma..., Saint-Loup.

Début par des malaises vagues, puis céphalée de plus en plus intense, avec courbature généralisée très pénible le 9 août 1927.

Elévation progressive de la température.

Le 13 août, la température est aux environs de 40°.

La céphalée est moins vive, la courbature reste très pénible. Il y a un peu de tuphos. Pouls 120. Début de l'éruption.

Le 15 août, les signes fonctionnels se sont atténués. Malgré la persistance de la fièvre à 39°, le malade commence à avoir faim. Pas de tuphos. L'éruption est généralisée, prédominant sur les fesses et les cuisses ; il y a quelques éléments sur les joues, pas d'érythème.

Un élément différent est remarqué pour la première fois à la face postérieure du genou gauche ; c'est une escarre ovale, mesurant environ 1 centimètre dans son grand diamètre, entourée d'un cercle d'œdème rouge.

Grosse rate.

Le 18 août, état général excellent, appétit, température à 38°9.

Tension artérielle au Vaquez = 10—5 1/2.

L'éruption est moins visible.

La rate a repris ses dimensions normales.

Les jours suivants, la température baisse progressivement atteignant la normale le 13^e jour de la maladie. Convalescence rapide sans incident.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Agglutination du protéus négative.

Observation 44. — (Due à l'obligeance du D^r F. MONGES).

M^{me} Mo..., 60 ans.

S'alite le 14 août 1927, se plaignant de maux de tête et de courbature générale. Depuis d'ailleurs plus d'une semaine, elle avait perdu l'appétit et se sentait lasse.

Le jour où la malade s'alite, la température est à 39° et se maintient pendant huit jours à ce niveau.

La malade se plaint de céphalée, de douleurs dans les membres, de nausées (elle a quelques vomissements).

Sa rate est augmentée de volume. Elle n'a pas de diarrhée. Le 18 août, apparition d'un exanthème léger, disséminé sur tout le corps, prédominant

aux jambes, ne respectant pas la face. Il existe un peu d'énanthème. En aucun point, on ne constate d'escarre.

A partir du 22 août, la température commence à décroître et atteint la normale au bout d'une semaine, sans symptôme nouveau. L'état général a toujours été bon.

Observation 45. — (Due à l'obligeance du D^r Ch. BRAHIC).

M^{me} V..., 56 ans.

Malade depuis le 15 août environ. Soignée à la banlieue de la Panouse pour fièvre typhoïde.

Le 23 août, entre chez elle et est vue par le D^r Brahic.

Elle a une température en plateau entre 39 et 39°5 depuis 4 à 5 jours avec un pouls à 100. Etat non typhique, pas de céphalée, pas d'abattement. La langue est saburrale, pas de diarrhée, plutôt de la constipation. L'examen du tégument montre une éruption généralisée surtout marquée aux membres ; les éléments s'effacent mal à la pression.

La rate et le foie sont normaux.

Pas d'ulcération des piliers, du voile ni de la bouche.

Urines normales.

La température a persisté une dizaine de jours, puis est redevenue normale assez brusquement ; les taches rosées ont persisté plus longtemps, pâlisant progressivement.

On apprend par la malade que cinq ou six personnes de son entourage, à la Panouse, toutes âgées, ont présenté des maladies absolument identiques, ayant duré une quinzaine de jours et s'étant toutes terminées par la guérison.

Pas d'examen de laboratoire.

Observation 46. — (Prof. OLMER et D^r GARCIN).

K..., 45 ans.

Le 20 août 1927, se sent courbaturé. Le 21, se lève, mais au bout d'une heure est obligé de se recoucher.

Le 22, la température s'élève : 38°4 le matin, 39°3 le soir. Dès ce jour survient une céphalée très violente.

La fièvre continue les jours suivants ; elle s'élèvera à 40° le 26. Le 23, on avait constaté sur le voile du palais une petite ulcération de la grosseur d'un grain de sel.

Le 25, débute l'éruption, qui se généralise bientôt, mais prédomine sur l'abdomen et les membres supérieurs.

Il n'y a pas d'injection conjonctivale, pas de réaction méningée. Sur le pilier antérieur droit, on constate deux taches arrondies, rouges, de 2 à 3 millimètres de diamètre, et une autre tache arrondie dont la pointe, acuminée, fait une petite saillie blanchâtre.

On note, au niveau de la région inguino-scrotale droite, une petite escarre brunâtre, un peu irrégulière, non douloureuse, non indurée.

La langue est saburrale, mais humide. La rate est perceptible sur trois travers de doigt. Il n'y a pas de Kernig. Le malade n'est pas prostré.

La température, qui atteignait 40° le 26, va baisser rapidement. Le 30, elle oscille légèrement au-dessus de 38° pour atteindre la normale dans les premiers jours de septembre.

L'exanthème pâlit. Le 1^{er} septembre, l'escarre tombe.

Bonne convalescence.

Examens de laboratoire :

Agglutination du protéus négative, sauf avec la souche polonaise de l'Institut Pasteur de Paris (D^r Legroux).

L'injection intra-péritonéale de sang au cobaye ne détermine pas de maladie expérimentale.

Observation 47. — (Personnelle).

(Malade du Service du D^r FRANÇOIS).

G..., 45 ans, douanier.

Se couche le 20 août. Mais depuis quelques jours ne se sentait pas bien. Chez lui, n'a pas pris sa température. Il se plaignait de céphalée et de myalgies. Le 26, il entre à l'hôpital : température 39°2, pas de prostration.

Eruption généralisée mais discrète.

Un peu de rougeur de la gorge. Pas d'injection conjonctivale. Pas d'escarre.

Rate un peu augmentée de volume.

Chute thermique progressive en lysis.

Le 6 septembre, le malade entrait en convalescence.

Examen de laboratoire :

Pas d'agglutination du protéus.

Observation 48. — (Due à l'obligeance du D^r SICARD de Mazargues).

M^{me} D..., 54 ans.

Début le 21 août par des frissons qui se sont reproduits chaque soir vers 4 heures pendant toute la durée de l'évolution fébrile.

Quelques jours avant de s'aliter, avait eu un élément éruptif à l'index gauche, qui à aucun moment de l'évolution ne se transforma en escarre.

Le 20 août, la température est à 39°. La malade a la sensation très pénible de gorge sèche. Elle accuse des douleurs rhumatoïdes au niveau des membres.

Le 24, apparaît l'éruption ; elle débute par la face pour s'étendre à toutes les parties du corps par poussées successives, certaines papules étant presque effacées tandis que d'autres apparaissent. La température, le jour où apparaît l'éruption, est à 40°. Elle se maintiendra entre 39 et 40° jusqu'au 31. A ce moment commence la défervescence. En trois jours, la température atteignait la normale. La durée totale de la maladie avait été de 14 jours.

Examens de laboratoire :

Hémoculture négative.

Séro T.A.B. et Wright négatifs.

Agglutination du protéus négative.

Recherche de spirochètes par examen direct du sang, recueilli par ponction veineuse, ou au niveau des papules cutanées : négative.

Inoculation dans le péritoine du cobaye négative.

Observation 49. — (Personnelle).

(Malade du Service du D^r SÉPET).

M.... Baptistin, 60 ans.

Après quelques jours de fatigue générale et de malaise, se couche le 24 août avec 40°. Cette température persistant, il entre à l'hôpital de la Conception, salle Freyssinge, le 26 août 1927. Il présente à ce moment des signes d'excitation mentale légère. Sa température est à 40°, son pouls à 100. Au moment de son entrée, on constate une éruption généralisée à tout le tégument, mais prédominant du niveau des membres, constituée par des éléments maculo-papuleux s'effaçant mal à la pression.

On constate aussi, au niveau de la face interne de la jambe droite, une escarre brunâtre avec un liseré rougeâtre périphérique.

La langue est saburrale. Il n'y a pas d'énanthème, pas d'injection conjonctivale. La rate est percutable. Le cœur et les poumons sont normaux.

Dès le 28 commence la chute thermique. La température oscille entre 38° et 39° jusqu'au 2 septembre, puis descend au-dessous de 38 et le 9 atteint la normale.

Il n'y eut rien de particulier à noter dans l'évolution : l'éruption devint purpurique au niveau des membres et ne s'effaça que lentement.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Pas d'agglutination du protéus à Marseille. Agglutination positive avec toutes les souches de l'Institut Pasteur de Paris (D^r Legroux).

Observation 50. — (Due à l'obligeance du D^r PERRIMOND).

Roger PL..., 6 ans.

Enfant normalement développé, sans antécédents anormaux.

Le 27 août 1927, manque d'entrain, se plaint d'une cuisson dans le creux poplité droit, le père remarque un « bouton » à ce niveau.

Fièvre dans la nuit du 27 au 28 août.

Le 28 août, est abattu, a un vomissement.

Le soir, demande à être mis au lit. Température 40°.

Le 29 août, premier examen, 39°4 (soir), pouls 116.

Est grognon. Se plaint de céphalée et de courbature généralisée, sans signes méningés.

Rate percevable sur trois travers de doigt, pôle inférieur perceptible à la palpation.

Eruption diffuse, discrète.

Derrière le genou droit : escarre, croûte brune.

Langue saburrale. Anorexie.

Le 30 août l'éruption est nette, mais assez discrète pour demander à être recherchée. Pas de pétéchies, tous les éléments s'effacent à la pression du doigt.

Enanthème : sur le fond blanc de la langue trois petits cercles rouges comme taillés à l'emporte-pièce, diamètre de 2 mm. environ.

La croûte est tombée, au niveau creu poplité, laissant un petit cratère à fond rose.

La rate n'est plus perceptible à la palpation.

L'état général est excellent, l'appétit est revenu, l'enfant s'amuse.

Le 1^{er} septembre l'éruption a presque disparu. L'état général est excellent malgré la persistance de la fièvre.

Le 4 septembre : apyrexie. Etat général parfait. Le bouton initial reste visible, flétri.

Urines normales.

Examens de laboratoire :

Prise de sang. Séro de Widal et de Weil-Félix négatifs (9 à 10^e jour de la maladie).

Observation 51. — (Personnelle).

(Malade du Service du D^r SÉPET).

M^{me} G.... Léontine, 57 ans.

Le 28 août 1927, début brusque par frissons et céphalée intense. La malade se couche, elle prend sa température ; elle avait 38°. Elle constate au niveau du cou de pied droit un bouton ; elle ne s'était pas sentie piquer.

Le 29 et le 30, mêmes symptômes. La malade reste couchée, elle n'est pas abattue.

Le 31, apparaît l'éruption. A ce moment, la température atteint 40° et s'y maintient pendant trois jours. L'éruption se généralise par poussées successives. La gorge est rouge. La rate percutable.

Au niveau du cou de pied droit, le bouton a fait place à une escarre brunâtre.

Le 4 septembre, la température commence à baisser. Le 10, elle était à 38° et dès le lendemain à 37.

L'éruption, qui est restée discrète, devint purpurique.

La guérison survint sans complication.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Weil-Félix positif avec toutes les souches de l'Institut Pasteur de Paris.

Observation 52. — (Due à l'obligeance du D^r BERTHIER et de M^{lle} COUSIN).

Dep...., 29 ans, mineur.

Entré à l'hôpital Salvator pour fièvre et éruption généralisée le 31 août 1927.

Le début de la maladie remonte à une quinzaine de jours, par des douleurs et des courbatures.

Il y a 7 jours le malade quitte son travail, avec 40 de température, céphalée, rachialgie.

Pas de douleurs abdominales, pas de diarrhée. Pas d'épistaxis. Eruption depuis la veille.

Pas de prostration. Température 40°. Eruption généralisée. Plusieurs éléments : les uns surélevés rouges, ne s'effaçant pas à la pression ; les autres moins saillants, plus pâles, s'effaçant sous le doigt.

Pas d'injection conjonctivale.

Constipation. Anorexie, pas de vomissements.

Langue très saburrale.

Rate augmentée de volume. Foie normal. Pouls à 104.

Pas de signes nerveux.

Pas d'émission d'urine à l'arrivée.

Après application de compresses chaudes sur l'hypogastre, évacuation de 300 cc d'urines ne contenant ni sucre, ni albumine.

Le 2 septembre, le malade élimine 2 litres d'urine et le lendemain 6 litres.

Le 4 septembre et les jours suivants, l'éruption diminue, l'état général se maintient bon, la température baisse.

Le 7 septembre, plus de fièvre.

La polyurie persiste.

Le 14 septembre, le malade entre en convalescence.

Examens de laboratoire :

Agglutination du protéus négative, sauf avec la souche polonaise de l'Institut Pasteur de Paris (D^r Legroux).

Séro-diagnostic T.A.B. négatif.

Observation 53. — (Due à l'obligeance du D^r PERRIMOND).

Fl..., 68 ans.

Début progressif au début de septembre 1927.

Plateau autour de 40 pendant une semaine environ.

Exanthème généralisé, pas d'érythème visible.

Pas d'escarre. Pas de splénomégalie.

Convalescence traînante avec anorexie persistante.

Pas de réaction de laboratoire, sauf une analyse d'urines qui a montré la présence d'urobiline.

Observation 54. — (Personnelle).

(Malade du Service du D^r SÉPÉT).

F..., Jph, 35 ans, soudeur électrique.

Après quelques jours de fatigue et de malaises, il est obligé de s'aliter avec 40° le 2 septembre. Il se plaint de céphalée et d'insomnie. Il n'a pas remarqué d'éruption. Le 5 septembre 1927, il entre à la Conception, salle Fressinge. Il a 39° ; il n'est pas prostré, on note seulement un peu d'obnubilation. On constate en l'examinant une éruption généralisée, discrète à la face, marquée aux membres. Il existe de l'érythème pharyngé avec petites ulcérations du voile. Il n'y a pas d'injection conjonctivale. La rate est percutable sur deux travers de doigt.

En aucun point, on ne constate d'escarre. Chute thermique en lysis rapide. Le 10, la température atteignait la normale.

Convalescence sans incident.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostic de Weil-Félix négatif, sauf avec la souche polonaise de l'Institut Pasteur de Paris (D^r Legroux).

Observation 55. — (Due à l'obligeance du D^r PERRIMOND).

Simone Is..., 22 mois.

Belle enfant, élevée au sein, en nourrice depuis un mois et demi.

Première visite le 9 septembre 1927, fièvre depuis quelques jours très mal

observée. La « grosse fièvre » n'a commencé que la veille, 39°5 le soir. L'éruption a été remarquée déjà la veille.

L'éruption est diffuse et intense ; ce sont des taches rosées ; quelques-unes un peu papuleuses, sans être franchement pétéchiiales, elles ne s'effacent pas toutes à la pression du doigt.

« Bouton initial » sur la ligne axillaire antérieure gauche, à un travers de doigt au-dessous de la ligne mamelonnaire ; formé d'une croûte irrégulièrement ovale, entourée d'une zone d'œdème rouge.

L'enfant est agitée, grognon, constipée, avec langue blanche.

Pas de vomissement.

La rate est à peine perceptible. Le foie paraît normal.

Le 11 septembre, deuxième visite. Fièvre irrégulière, l'éruption a augmenté encore d'intensité, maculeuse et légèrement papuleuse, elle est formée d'éléments différant par la taille (1 à 3 mm) et par l'intensité (les uns s'effacent à la pression du doigt, les autres, un peu moins nombreux, sont nettement pétéchiiaux).

Partout l'éruption est très visible, même à la face où les éléments sont un peu plus clairsemés.

Le maximum de confluence est au niveau des fesses et des cuisses.

Aucun énanthème visible.

Aucun examen de laboratoire, sauf pour urines qui sont normales.

Convalescence rapide.

Observation 56. — (Due à l'obligeance du Professeur Ch. MATTEI).

M^{me} X...

Malade de 59 ans. Ancienne mitrale arythmique. Plateau entre 39 et 40. Facies et langue normaux, légère agitation puis délire intense. Eruption typique au 5^e jour. Vue le 12 septembre 1927.

Défervescence au 12^e jour. Guérison.

Observation 57. — (Due à l'obligeance du D^r LARROUYET).

M^{me} Qu.... Jeanne, 30 ans.

Depuis quelques jours, céphalées. Inappétence.

Le mardi 13 septembre, céphalées violentes et arthralgies. Température 39°9. Pas de prostration, mais état assez sérieux, cœur mou et pouls 140. Ce même jour poussée ganglionnaire importante au niveau de l'angle du maxillaire gauche, en relation évidente avec un petit bouton siégeant à ce niveau et devenu le surlendemain une pustule. Rate perceptible. Apparition des taches caractéristiques le 16 septembre en même temps que la pustule. Guérison normale, l'état du cœur s'étant bien amélioré progressivement.

Examens de laboratoire :

Séro-diagnostics T.A.B. et Wright négatifs.

Agglutination du protéus négative. Inoculation intra-péritonéale de sang au cobaye : ne détermine aucune réaction.

Observation 58. — (Prof. OLMER et D^r KINDLER).

M^{me} C..., 43 ans, paysanne.

Début le 17 septembre 1927. Mais depuis deux ou trois jours, avait quelques malaises qui n'avaient point empêché cette malade, habitant la banlieue, de descendre en ville le 16.

Le 17 donc, est prise de frissons, de céphalée, de courbature généralisée ; elle a de l'insomnie, des nausées. La température est élevée ; on note de la constipation et de l'oligurie sans albuminurie.

Le 20 débute l'éruption aux membres inférieurs pour se généraliser rapidement, prédominant aux membres supérieurs et à la face. Pas d'injection conjonctivale. Légère rougeur de la gorge ; on ne note en aucun point d'escarre. La température est à 39°4. Le pouls à 96. Il n'y a aucun signe nerveux.

Par la suite, au bout de quelques jours, défervescence thermique sans incident.

Examens de laboratoire :

Agglutination du protéus négative.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE CLINIQUE

I. — DEBUT

Le début de la fièvre exanthématique marseillaise est rapide : c'est d'abord pendant deux ou trois jours une sensation de fatigue générale, qui cependant, d'ordinaire, n'empêche pas le sujet de vaquer à ses occupations. Parfois, beaucoup plus rarement, le début est brusque : le malade est pris de frissons, de malaises : il accuse une céphalée marquée et est obligé de se coucher. Dans ces cas, en vingt-quatre heures la température s'est élevée à 40°. Mais, dans la règle, l'élévation thermique est progressive, et c'est au bout de deux ou trois jours que la période d'état est constituée.

II. — PERIODE D'ETAT

La période d'état évolue en deux phases : 1° une phase de courte durée qui précède l'éruption ; 2° une phase éruptive qui donne sa caractéristique à la maladie.

1° *Phase pré-éruptive.* — La fièvre, la courbature, l'insomnie en sont les signes les plus importants.

La température est très élevée : elle atteint et dépasse 40°, on ne note qu'une faible rémission de quelques dixièmes le matin. Cependant le pouls est régulier. Il dépasse rarement 100 à la minute.

Cette température s'accompagne de céphalée, parfois intense, de douleurs musculaires, souvent très pénibles, ou d'arthralgies, sans gonflement des articulations. L'insomnie est la règle. La langue est saburrale, souvent un peu sèche ; les vomissements alimentaires ou bilieux sont fréquents ; mais la prostration est peu marquée ; il n'y a aucune tendance à l'adynamie, et à quelques rares exceptions près, pas de troubles nerveux, pas de délire.

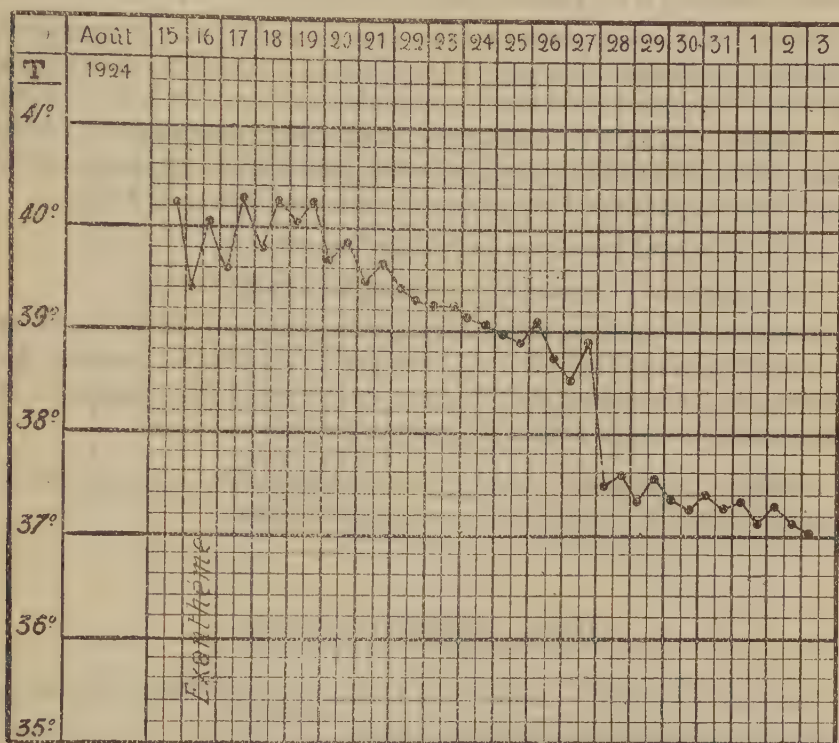
Parfois cependant on relève déjà quelques signes plus particuliers ; une rougeur douloureuse de la gorge, assez fréquente, ou même une certaine injection conjonctivale, qui est très inconstante.

Mais à cette période, parfois même dès la période de début, un examen attentif permet bien souvent de déceler, en un point quelconque du tégument, une petite lésion bien spéciale constituée par une escarre arrondie, brunâtre, rouge à la périphérie, de dimensions variables, mais n'atteignant jamais celle d'une pièce de cinquante centimes. Cette lésion est persistante. En général les sujets n'ont pas ressenti de piqure. Dans un seul cas (observ. 42) la malade a pu préciser très exactement le lieu et l'heure où elle a été piquée, et c'est à ce niveau qu'est apparue l'escarre. Le siège en est variable, mais elle se trouve rarement sur les parties découvertes. C'est surtout aux membres qu'on l'observe, parfois aussi à l'épigastre, à la région fessière et à la région inguino-scrotale. Cette escarre s'accompagne quelquefois d'une réaction du territoire ganglionnaire voisin. Elle est en général unique, mais parfois il en existait plusieurs.

2° Phase éruptive. — L'éruption survient du troisième au quatrième jour ; elle se fait en plusieurs poussées, débutant au niveau du tronc et des membres pour se généraliser assez rapidement et s'étendre, en moins de 48 heures, à tout le tégument, *sans épargner la face* où elle est cependant en général relativement tardive et plus discrète.

L'éruption est assez dense sur le tronc ; les éléments sont surtout nombreux et rapprochés au niveau des membres, mais ils n'ont aucune tendance à la confluence. Ce sont des taches isolées, arrondies ou ovalaires, de 2 à 5 millimètres de diamètre, séparées par des intervalles plus ou moins larges de peau saine. Elles sont souvent un peu surélevées. Leur teinte est rose ou rouge au début, souvent lie de vin. Elles ne s'effacent qu'incomplètement par la pression du doigt. Sous l'influence de l'application d'une ventouse, elles deviennent franchement purpuriques. Elles prennent souvent spontanément le caractère hémorragique au cours de

leur évolution, en particulier au niveau des membres inférieurs. Lorsque cette éventualité se produit, leur trace peut persister plusieurs semaines et même plusieurs mois. D'ordinaire les taches pâlisent en quelques jours pour disparaître ensuite assez rapidement. On constate parfois à leur niveau, du quinzième au vingtième jour, de la desquamation.



Observation 8. — Forme moyenne (défervescence brusque)

L'exanthème peut s'accompagner d'un énanthème, en général fugace. C'est rarement une certaine injection conjonctivale ; c'est plus souvent de la rougeur diffuse du pharynx. Exceptionnellement enfin, on voit apparaître sur la muqueuse de la voûte palatine et du voile du palais des taches arrondies, dont la teinte rouge sombre tranche sur le fond rosé de la muqueuse ; ces taches s'exulcèrent parfois et on a une érosion arrondie ou ovale à l'emporte-pièce de 4 à 6 millimètres de diamètre, et qui cicatrise en quelques jours.

Pendant la période éruptive, la fièvre se maintient élevée. Notons, cependant, qu'après deux ou trois jours de température à 40°, on voit celle-ci baisser légèrement et les oscillations se faire autour de 39°, cette

légère diminution thermique se produisant en général lorsque l'éruption s'est généralisée. Le pouls se maintient aux environs de 100, en général même au-dessous ; quelquefois il atteint 120.

La langue est saburrale, mais humide à de rares exceptions près. Le ventre est souple ; il y a plus souvent de la constipation que de la diarrhée.

Le foie est normal, parfois un peu gros ; le subictère est exceptionnel. Les urines contiennent souvent de l'urobiline. En général, pas toujours, la rate est augmentée de volume, perceptible sur deux ou trois travers de doigt. Il n'est pas rare de constater quelques râles muqueux aux bases ; parfois même de petits foyers congestifs pulmonaires apparaissent avec l'éruption et disparaissent en quelques jours sans laisser de trace.

Les urines sont rares, parfois albumineuses.

Il n'y a jamais de symptômes méningés (pas de Kernig).

L'atteinte du système nerveux est inconstante, superficielle et fugace, et se réduit, lorsqu'elle existe, à un peu d'abattement, parfois à du subdélire, du tremblement de la langue, des lèvres et des extrémités. *Mais il n'y a pour ainsi dire jamais de prostration, ni de stupeur.*

Notons que, pendant toute la phase éruptive, l'escarre persiste avec les mêmes caractères que dans la phase pré-éruptive.

III. — DEFERVESCE

Les signes persistent pendant un temps variable : huit à douze jours en moyenne. La fièvre, qui était au début à 40°, présente le quatrième ou le cinquième jour une légère rémission que nous avons déjà signalée et oscille autour de 39°. Puis la défervescence se produit ; elle est quelquefois rapide, en 24 ou 48 heures la température s'abaisse à la normale.

Plus souvent, la chute se fait en lysis. Parfois enfin la chute est incomplète et la température se maintient autour de 38° pendant quelques jours. Les courbes que nous publions illustreront ces faits.

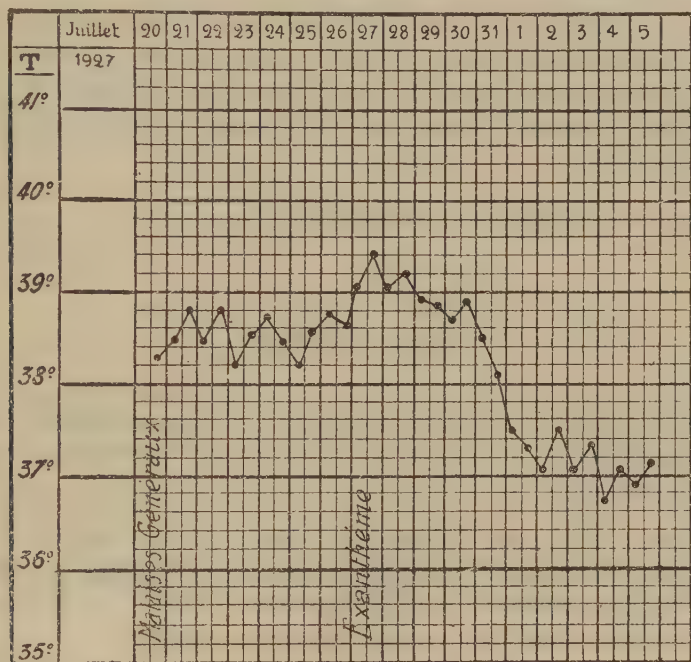
En même temps l'état général s'améliore, l'éruption pâlit et disparaît, seuls persistent les éléments purpuriques qui ne s'effacent que lentement et peu à peu.

La défervescence s'accompagne souvent d'une polyurie critique qui peut atteindre 3 à 4 litres et même 6 litres dans un cas (obs. 52). A cette période la petite escarre, que nous avons signalée dès le début de la maladie, s'élimine, du huitième au dixième jour en général : elle laisse

une petite ulcération superficielle arrondie un peu indurée, entourée d'un halo rougeâtre dont la cicatrisation est complète en quelques jours.

Marche-Evolution

La maladie présente toujours la même évolution ; après une période de malaises qui peut se prolonger 5 à 6 jours, mais qui ne dépasse guère



Observation 36. - Forme ecourtée

24 ou 48 heures dans la majorité des cas, survient la période d'état, caractérisée au début par un état infectieux banal, au milieu duquel apparaît, deux ou quatre jours après, l'éruption. Puis la défervescence se fait, elle est en général rapide et la maladie dure en moyenne douze à quatorze jours.

On ne constate jamais de rechute, ni de récédive. Mais la convalescence est souvent longue et traînante ; le malade se remet lentement : il est déprimé, asthénique pendant plusieurs semaines. Quatre cas se sont terminés par la mort. Dans l'un d'eux (obs. 23) il s'agissait d'un vieillard qui succomba par collapsus cardiaque.

Le second concerne une femme de 69 ans (obs. 32) atteinte d'arythmie myocardique légère et de congestion chronique des bases, qui, au huitième jour, fit une brusque défervescence thermique et succomba en douze heures par défaillance cardiaque progressive.

Le troisième cas concerne une malade de la Ciotat, vue par le Professeur Matleï, en subcoma et qui décéda peu après ; c'était une ancienne cardiaque mitrale avec néphrite albuminurique (12 grammes d'albumine par litre) (obs. 33).

Enfin, le quatrième cas fut observé chez un malade (qui entra dans le service du D^r Sépet) dans un état infectieux très grave avec signes méningés et éruption généralisée, qui mourut dans la nuit. Une ponction lombaire n'avait montré aucune réaction méningée. L'autopsie ne put être pratiquée (obs. 4).

Tous les autres malades ont guéri.

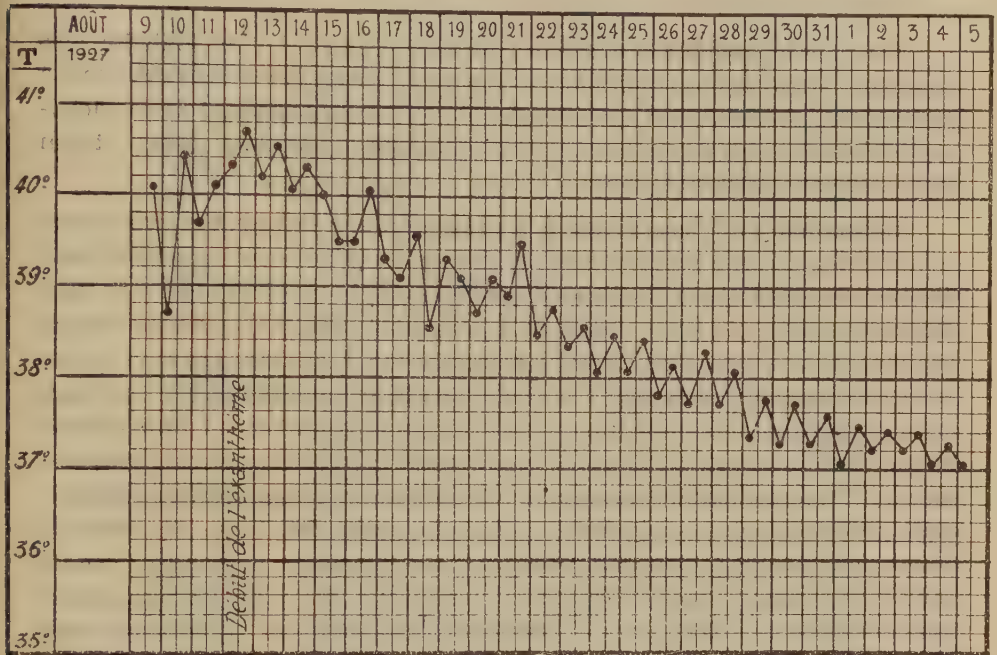
Formes cliniques

1° *Formes suivant la symptomatologie.* — Dans les formes complètes, la symptomatologie comprend trois éléments : l'état typhoïde, l'éruption généralisée, l'escarre.

Mais parfois ce dernier élément fait défaut. A la vérité on le retrouve beaucoup plus fréquemment maintenant que l'attention est attirée sur lui et qu'on le recherche systématiquement. Mais il est des cas où l'examen le plus attentif ne permet pas de le constater.

En l'absence d'une réaction spécifique permettant d'affirmer le diagnostic de fièvre exanthématique de la région marseillaise, il est difficile de rattacher à la maladie des formes anormales où manque l'éruption. Peut-être cependant serait-il possible de le faire pour des états infectieux caractérisés exclusivement par de la température et quelques phénomènes généraux, sans aucun trouble digestif, où l'éruption fait défaut et qui surviennent pendant la saison chaude. A cet égard, l'observation 35 est intéressante : dans une famille, un enfant s'alite avec fièvre et éruption typique. Les deux frères et la sœur s'alitèrent le lendemain avec une température entre 38°5 et 40°, mais ne présentèrent pas d'éruption et quatre jours après étaient guéris. L'un d'eux présentait à l'aîne droite une petite plaie.

2° *Formes suivant l'évolution.* — A côté de la forme décrite, de gravité moyenne, guérissant en 12 à 15 jours, il existe des formes prolongées, rares, et des formes écourtées, plus fréquentes, où la guérison survient en 8 à 10 jours. On en trouvera des exemples dans les observations 38 et 44.



Observation 41. Forme prolongée

3° *Formes suivant l'âge.* — La fièvre exanthématique de la région marseillaise est essentiellement une maladie de l'adulte ; la plupart des cas concernent des sujets âgés de 30 à 70 ans.

Nous rapportons cependant 3 cas observés chez des enfants âgés respectivement de 18 mois, 22 mois et 6 ans (obs. 35, 50 et 55). Dans les 3 cas, l'évolution a été rapide et sans gravité.

Complications

Les complications sont rares :

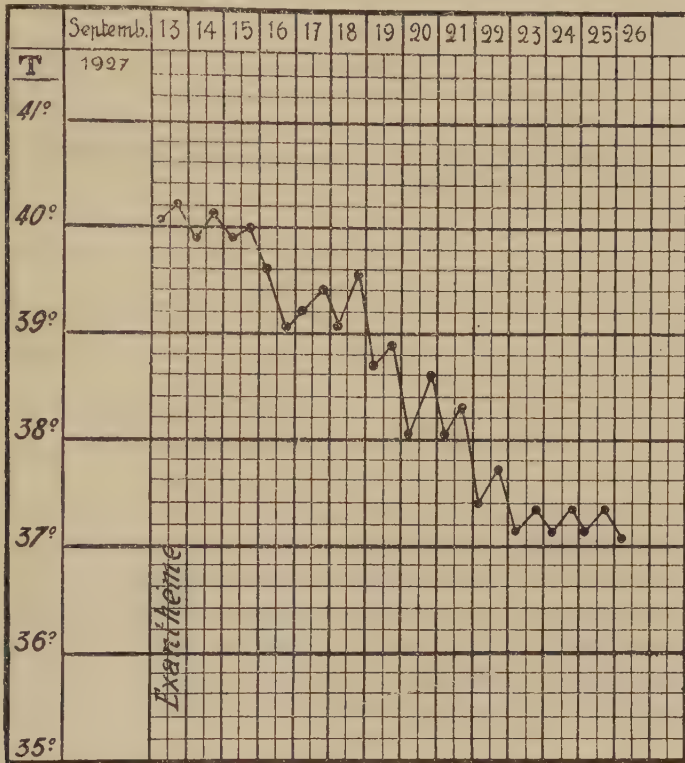
On a noté quelquefois, dès les premiers jours de la maladie, des poussées de congestion pulmonaire discrète, passagère et curable. On a pu observer parfois aussi des troubles du rythme cardiaque, de la tachy-arythmie avec extra-systoles, apparus pendant la période d'état, et qui ont guéri sans laisser de trace.

Le malade de l'observation 6 a présenté dans la convalescence deux complications : une scapulalgie très douloureuse qui a été constatée une dizaine de jours après la disparition de la fièvre ; les douleurs se sont atténuées après quelques jours de traitement, mais ont persisté encore pendant 3 ou 4 semaines. L'autre complication a été très grave et a mis la vie du malade en danger : la température se maintenait au voisinage de la normale depuis le 20 juin et on avait pu recommencer l'alimentation lorsque brusquement, le 7 juillet, après une légère élévation de température à 37°6 seulement le soir depuis le 3 juillet, il s'est produit une hémorragie intestinale très abondante ; dans la nuit du 7 au 8, nouvelle hémorragie évaluée à un demi-litre environ ; la perte de sang se renouvelle encore dans la journée du 9. Le malade est très pâle, les muqueuses sont décolorées, si bien que l'on songe à pratiquer une transfusion sanguine. Mais le pouls se maintient à 100 avec une tension satisfaisante. La dernière selle sanglante a été constatée dans la nuit du 9 au 10 juillet. Puis les selles sont redevenues normales, et le malade a guéri sans nouvel incident.

Une hémorragie intestinale fut observée dans un deuxième cas (obs. 29), cette fois elle survint précocément, le jour même où apparut l'éruption ; elle fut très abondante, produisant une syncope ; elle persista plus discrète pendant trois jours. L'évolution fut favorable.

Le malade de l'observation 25 a présenté une phlébite de la veine fémorale, qui est apparue au huitième jour de la maladie au moment où la température commençait à s'abaisser, elle n'a pas été grave puisque la température est devenue normale une douzaine de jours après son apparition et qu'on a pu mobiliser le membre dès le 25^e jour. Elle a guéri en laissant un peu d'œdème, mais sans raideur articulaire.

L'albuminurie a été constatée bien souvent : mais elle est en général peu abondante et transitoire. Dans un cas cependant (obs. 8) elle a atteint un gramme et on a trouvé de nombreux cylindres granuleux ; l'albuminurie a disparu peu à peu et n'a plus reparu depuis.



Observation 57. — *Forme moyenne (défervescence en lysis)*

Dans un autre cas, on a trouvé une albuminurie de 12 grammes (obs. 33), il s'agissait d'une malade vue dans le subcoma et qui mourut peu après ; mais elle paraissait atteinte de néphrite albuminurique ancienne.

CHAPITRE II

RECHERCHES DE LABORATOIRE

SERO-DIAGNOSTIC DE WEIL-FELIX

En 1917, Weil et Félix montraient la présence, dans le sérum, des typhiques exanthématiques, d'une agglutination vis-à-vis de quelques espèces de protéus isolés dans l'urine et les matières de ces malades, le protéus $\times 19$ notamment. De nouvelles recherches ont confirmé ce pouvoir agglutinant du sérum et ont montré qu'il y avait là un véritable séro-diagnostic du typhus, bien qu'on ne puisse attribuer qu'une valeur relative à une réaction non spécifique, puisque le protéus $\times 19$ n'est certainement pas l'agent de la maladie.

L'agglutination du protéus a été recherchée dans 42 cas.

On eut recours, toutes les fois que cela fut possible, à plusieurs sources, et bien des malades eurent une agglutination du protéus recherchée dans plusieurs laboratoires différents : laboratoires de l'Hôpital de la Conception, de l'Hôpital Militaire, Institut Départemental de bactériologie, laboratoires privés (Ranque et Sénéze, Lafond). On eut même recours à l'extrême obligeance du D^r Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis. Toutes les réponses furent concordantes : l'agglutination du protéus était négative. Cependant les recherches ont toujours été pratiquées du 10^e au 14^e jour, au moment où la température était encore élevée, où l'éruption était généralisée, et quelquefois au voisinage de la défervescence critique.

Nous n'avons toutefois pas voulu admettre comme définitif ce résultat négatif.

On sait en effet, comme le rappelait récemment Netter, que certains sérums agglutinent des souches indologènes et n'agglutinent pas des souches anindologènes, tandis que d'autres présentent des réactions inverses. Mais il semble que ce caractère de produire de l'indol ne soit pas constant.

Nous avons cependant voulu contrôler nos recherches et nous avons adressé le sérum de six malades au Docteur Legroux, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris, en le priant de vouloir bien rechercher l'agglutination du protéus avec les nombreuses souches dont il dispose. Cinq souches différentes ont été employées ; les deux premières sont celles qui sont habituellement utilisées par l'Institut Pasteur de Paris, et dont il fournit de nombreux laboratoires. Le résultat a été négatif cinq fois sur six. Mais si on utilise d'autres souches, en particulier une souche du protéus $\times 19$ provenant de Pologne, on obtient dans six cas sur six une agglutination positive, à des taux à vrai dire assez faibles ($1/50^{\circ}$ à $1/100^{\circ}$).

INOCULATION A L'ANIMAL

L'animal de choix est le singe. Mais nous n'avons pu expérimenter sur lui. Cependant Nicolle a montré que l'inoculation sous-cutanée, ou mieux intra-péritonéale, de sang de typhique exanthématique au cobaye détermine chez l'animal la production d'une maladie expérimentale, décelable surtout par une élévation thermique, et qui aboutit assez souvent à la mort.

Cette inoculation au cobaye a été pratiquée dans 9 cas. Aucun animal ne présenta la maladie expérimentale.

M. le D^r Burnet, pour essayer de mettre en évidence un typhus inapparent, inocula deux autres cobayes avec de la substance cérébrale de deux cobayes qui, au quinzième jour, n'avaient pas réagi. Douze jours après, il inocula une troisième série de cobayes en partant de la deuxième série et enfin, quinze jours après, il inocula une quatrième série de cobayes en partant de la troisième série. En aucun cas, il n'observa une courbe de typhus exanthématique. Il n'existait donc pas de typhus inapparent.

EXAMEN DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

L'examen du liquide céphalo-rachidien présente un gros intérêt dans le typhus exanthématique. Devaux, le premier, a montré quelles étaient les modifications caractéristiques, et le Professeur Cantacuzène leur attribue une valeur diagnostique capitale ; c'est cette formule, qu'il considère comme spécifique, qui lui a permis seule, dans certains cas, de poser le diagnostic du typhus.

Rappelons qu'elle est caractérisée au début par la présence de 10 à 12 macrolymphocytes, de 4 à 5 mononucléaires et de quelques poly par champ. Puis, pendant le 2^e septénaire, les macrolymphocytes diminuaient de nombre et de grandeur ; les mono deviennent plus nombreux, et quelques-uns présentent des figures de Kariolyse ; les poly se multiplient d'autant plus que le pronostic est plus grave. Enfin, pendant le 3^e septénaire, il y a diminution rapide des mono avec prédominance extrême des formes de désintégration et persistance des microlymphocytes.

L'examen du liquide céphalo-rachidien a été pratiqué dans 4 cas : le liquide a toujours été clair : le taux de l'albumine, du sucre et des chlorures y était normal ; on n'a pas observé de réaction cytologique, ni de germe.

Cet examen du liquide céphalo-rachidien a été pratiqué en particulier chez un malade dont l'observation nous a été communiquée par le Dr Sépet (obs. 4), qui entra dans son service avec un état typhique très grave, céphalée intense, ébauche de Kernig, raideur de la nuque, éruption généralisée. Ce malade mourut le lendemain. Or, une ponction lombaire pratiquée chez lui avait été absolument négative.

AUTRES RECHERCHES

A côté de ces recherches, d'autres furent entreprises pour essayer de déceler le germe en cause :

Hémoculture sur divers milieux, aérobies et anaérobies (en particulier hémoculture sur bile, bouillon, bouillon ascite, bouillon T, etc...).

Essai d'agglutination du bacille d'Eberth, des paratyphiques, du milentis, du méningocoque pendant la convalescence avec le sang des malades.

Recherches du germe, sur des frottis de sang prélevé par ponction sur du sang recueilli au niveau des papules.

Recherches du germe au niveau de l'escarre.

Recherche du germe dans l'urine.

Toutes ces recherches ont été négatives.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le problème se présente sous deux aspects différents :

1° Eliminer les affections qui, soit au début, soit à la période de maladie confirmée, peuvent égarer le diagnostic.

2° Indiquer les différences qui séparent le type clinique que nous avons isolé du typhus exanthématique et des affections du même groupe.

En présence de ce syndrome, on a pu, dans quelques cas, discuter *la dengue*. Mais, en dehors du fait que cette affection ne s'observe pas dans nos pays, son évolution est plus courte, la fièvre tombant brusquement après deux ou trois jours, alors qu'apparaît l'éruption, essentiellement polymorphe, prenant un aspect morbilliforme ou scarlatiniforme, prurigineux, qui dure trois ou quatre jours et est suivie d'une desquamation furfuracée ou s'effectuant par lambeaux. Nous n'y insisterons donc pas.

Nous ne discuterons pas non plus le diagnostic avec les *exanthèmes d'origine alimentaire ou médicamenteuse*, car on n'observe habituellement pas de diarrhée, les vomissements sont rares, l'éruption présente des caractères fixes qui s'opposent au polymorphisme habituel des éruptions médicamenteuses, l'évolution est différente. Enfin la notion étiologique viendrait ôter tous les doutes.

En fait, le diagnostic ne se pose guère qu'avec :

Les infections typhoïdes.

Les fièvres éruptives.

1° LES INFECTIONS TYPHOÏDES

C'est seulement avant l'apparition de l'éruption que le diagnostic peut être hésitant avec les *infections éberthiennes et para*. En effet, la rate est souvent hypertrophiée, et le tableau clinique rappelle celui des infections typhoïdes. Mais le début est plus brusque, les myalgies et arthralgies plus fréquentes et plus intenses, l'insomnie habituelle, liée pour une part à une céphalalgie que rien ne peut calmer. Enfin la présence fréquente d'une escarre caractéristique fixera le diagnostic et permettra de prévoir l'éruption.

Les *érythèmes toxi-infectieux* se reconnaîtront facilement au caractère polymorphe de l'éruption et au fait qu'ils se montrent au cours ou dans la convalescence de maladies générales, d'infections pharyngées, gastro-intestinales ou pulmonaires.

A la période d'éruption, le tableau clinique est un peu celui de l'*endocardite infectieuse* et surtout de certaines *méningococcémies*. Mais, dans cette dernière infection, la courbe thermique est différente, affectant souvent le type intermittent, et l'éruption, parfois purpurique, s'accompagne presque toujours de localisation articulaire. Les signes méningés et l'hémoculture fixeront le diagnostic dans les cas douteux.

D'ailleurs, dans tous les états septicémiques on peut observer des manifestations cutanées : ce sont des exanthèmes scarlatiniformes, morbilliformes ou ortiés, véritable rash de durée éphémère et qui ne peuvent guère prêter à confusion.

2° LES FIEVRES ERUPTIVES

L'intensité des douleurs et l'éruption à son début ont quelquefois fait craindre la *variole*. Mais l'éruption reste à l'état de macule, parfois un peu surélevée, et par suite on a tôt fait d'éliminer ce diagnostic.

Plus délicate est parfois la différenciation avec certaines formes anormales de *rougeole*, comme on peut en observer en temps d'épidémie chez

l'adulte et le vieillard. Mais, s'il y a quelquefois un certain degré d'injection conjonctivale, il n'y a pas de catarrhe oculo-nasal et les complications broncho-pulmonaires, si elles se produisent, sont beaucoup plus discrètes et beaucoup plus tardives. On n'a jamais, en particulier, la laryngo-trachée-bronchite, si caractéristique au début de la rougeole. Sans doute l'éruption atteint la face, souvent même dès le début, mais elle y est plus discrète, ne s'y produit jamais isolément, ne commençant pas par elle pour s'étendre secondairement — comme dans la rougeole — aux autres segments du corps.

**

Mais pratiquement ces diverses affections ne peuvent pas longtemps égarer le diagnostic. Le seul problème vraiment important est celui des relations de la fièvre exanthématique de la région marseillaise avec le **TYPHUS EXANTHEMATIQUE**.

Abstraction faite de toute interprétation pathogénique, et en restant seulement sur le terrain de la clinique, on ne peut pas ne pas être frappé par les différences qui existent entre cette affection et le typhus exanthématique dans sa forme classique.

Un des éléments importants de sa symptomatologie fait toujours défaut, le typhus. Il peut parfois sans doute y avoir quelque signe nerveux, un peu de délire par exemple, mais il n'y a jamais de prostration. L'éruption, qui respecte en général la face dans le typhus exanthématique, est ici généralisée à tout le corps, et les éléments sont souvent nombreux à la face et sur le cuir chevelu. L'injection conjonctivale est peu dense, ou fait défaut. Mais, par contre, on observe parfois un énanthème pharyngé sous forme de rougeur diffuse, ou même de taches suivies dans quelques cas d'exculcation de la muqueuse.

De même, un examen attentif du tégument montre assez souvent une petite lésion nécrotique constituée par une escarre brunâtre dont la dimension n'atteint jamais celle d'une pièce de cinquante centimes ; cette escarre, arrondie, brunâtre, précoce et persistante se détache du huitième au dixième jour, laissant une ulcération superficielle qui cicatrise rapidement.

La langue reste saburrale : le signe de la langue fait défaut. Les complications sont exceptionnelles, la mortalité minime, et cette bénignité relative est un élément important du diagnostic.

Au point de vue étiologique, la fièvre exanthématique est surtout une maladie de l'adulte : elle s'observe dans toutes les classes de la société : dans les milieux aisés, plus encore peut-être que chez les indigents, *chez des sujets non parasités*. La contagion paraît nulle, bien que certains quartiers paraissent plus particulièrement frappés.

La fièvre exanthématique de la région marseillaise paraît donc bien différente cliniquement du typhus exanthématique.

Elle se rapproche davantage de la MALADIE DE BRILL, dont elle se distingue par certains caractères cliniques, en particulier l'escarre, la généralisation de l'éruption à la face.

Nous aurons à insister ultérieurement, malgré ces différences, sur les relations qui unissent ces trois affections : typhus, maladie de Brill, fièvre exanthématique marseillaise.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Notons d'abord que l'âge paraît jouer un rôle de réelle importance. La maladie est exceptionnelle avant trente ans. Trois cas ont été observés chez des enfants âgés respectivement de 18 mois, 22 mois et 6 ans, par les docteurs Jean Piéri et Perrimond. Mais il s'agit presque toujours d'une affection de l'âge adulte. Les vieillards ne sont pas indemnes ; bien au contraire, ils semblent offrir un terrain favorable au développement de la maladie.

Par contre les cas s'observent avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme.

Les malades appartiennent à tous les milieux sociaux, les classes aisées ne sont pas épargnées et l'on peut dire que la maladie frappe avec une particulière fréquence des commerçants, des industriels ou des rentiers, vivant dans des appartements confortables, logés souvent en pleine campagne et habitués à mettre en pratique les règles de l'hygiène individuelle et de la propreté.

Fait important, *aucun sujet n'était porteur de poux. La contagion paraît nulle.* Dans un cas cependant, le mari et la femme furent frappés presque simultanément. Dans une autre famille de petits rentiers, habitant une petite villa dans la banlieue, la femme tomba malade quatre ou cinq jours après son mari ; et alors qu'ils étaient tous deux entrés en

convalescence, leur nièce, âgée de 32 ans, qui habitait avec eux, dut s'aliter à son tour (obs. 36, 37 et 38 personnelles).

Il semble cependant qu'il existe *des foyers épidémiques* et, pour la seule année 1927, de nombreux cas se répartissent dans les banlieues de Saint-Loup, Saint-Marcel, l'Estaque, Sainte-Marthe. Et c'est un fait qui doit retenir l'attention que la fréquence des cas à la campagne, dans des banlieues un peu éloignées de Marseille ou dans de petites villes voisines (Saint-Cyr, La Ciotat).

Enfin, dernier point à noter, les cas se sont toujours développés à la même période de l'année, au moment des chaleurs : on les observe de mai à septembre avec une particulière fréquence pour les mois de juillet et d'août. Le tableau suivant indique le moment d'apparition des cas rapportés dans ce travail :

	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre
1922.....	»	»	1	»	»
1923.....	»	»	»	1	1
1924.....	1	2	1	2	»
1925.....	3	1	»	3	1
1926.....	3	1	2	3	»
1927.....	2	2	5	16	7

CHAPITRE V

ESSAI D'INTERPRÉTATION

La fièvre exanthématique de la région marseillaise nous paraît avoir d'intimes relations avec le typhus exanthématique.

Certes, les différences ne sont pas négligeables du double point de vue étiologique et clinique : apparition l'été chez des sujets non parasités appartenant à tous les milieux sociaux ; faible contagiosité ; congestion oculaire inconstante ou peu marquée, éruption généralisée n'épargnant pas la face ; énanthème pharyngé parfois avec ulcérations ; escarre fréquente en un point quelconque du tégument ; absence de tufhos et de signes méningés ; mortalité minime.

Il semble cependant que l'on soit actuellement autorisé à élargir le cadre du typhus exanthématique classique (1), dont on connaît les caractères constants : apparition pendant l'hiver, début brusque ou rapide par une fièvre élevée à évolution cyclique, accompagnée de tufhos et d'une éruption étendue au tronc et aux membres, gravité habituelle, agglutination constante du protéus $\times 19$, production expérimentale d'une maladie fébrile non mortelle chez le singe ou le cobaye, transmission par le pou.

En effet, à côté de ces cas classiques, on a identifié depuis longtemps déjà au typhus des formes anormales, telles le *typhus levissimus d'Hildebrand*, où l'éruption même peut manquer : ces faits sont loin d'être rares chez l'enfant.

(1) D. Olmer et Jean Olmer. — Typhus exanthématique et infections typhoïdes avec exanthème. *Presse Médicale* (sous presse).

C'est encore au typhus qu'on a pu rattacher, après de nombreuses recherches, les cas décrits par Brill dès 1897, connus sous le nom de *maladie de Brill*, et sur lesquels M. Netter vient à nouveau d'attirer l'attention (1). La preuve de la nature typhique de cette affection a été faite en 1912 seulement par Anderson et Goldberger, qui ont réussi à obtenir la maladie expérimentale chez le singe. En outre, à partir de 1923, Maxcy et Havens, dans des cas qu'ils rapportent à la maladie de Brill, ont pu mettre très fréquemment en évidence l'agglutination du protéus. Dans tous les pays où la maladie de Brill a été observée, on la retrouve, dit Netter, avec les mêmes caractères : bénignité, absence de contagiosité, agglutination du protéus $\times 19$. Il s'agit donc bien dans ces cas de typhus, mais d'un typhus un peu spécial, le *typhus endémique bénin*.

Mais il est des affections qu'on tend à considérer comme autonomes et qui semblent bien entrer dans ce groupe morbide. C'est d'abord l'affection décrite en 1910 à Tunis sous le nom de *fièvre boutonneuse de Tunisie* (2) par Conor avec Bruch, puis Hayat, et que ces auteurs distinguaient soigneusement du typhus exanthématique. Elle survenait d'avril à septembre, débutant brusquement par des frissons et une élévation de température à 39° ou 40° ; rapidement apparaît l'éruption : Conor donne à ses éléments le nom vague de « boutons » ; l'éruption débutant par l'abdomen gagne par poussées successives la face, le dos et les membres, où leur profusion attire fortement l'attention. L'état général reste très bon ; on n'observe ni délire, ni troubles infectieux sérieux, ni localisation viscérale nette. L'affection dure 12 à 15 jours, puis la défervescence est rapide, et la guérison survient en très peu de jours ; les boutons cependant persistent plus longtemps.

L'inoculation sous-cutanée de sang à un chimpanzé guéri de typhus expérimental produit une élévation de température et la mort de l'animal au 10^e jour.

Il semble cependant s'agir là de cas isolés dont nous n'avons trouvé aucune relation nouvelle depuis 1910.

D'autres affections, au contraire, ont fait l'objet de nombreuses études et s'observent d'une façon permanente dans certains pays : ce

(1) Netter. — Le typhus endémique bénin (maladie de Brill). *Bull. de l'Académie de Médecine*, T. xcvi, n° 29.

(2) Conor et Bruch. — *Bull. de la Société de Pathologie exotique*, 1910, n° 8. — Conor et Hayat. — *Bull. de la Société de Pathologie exotique*, 1910, n° 10.

sont la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses et la fièvre fluviale du Japon (1).

La fièvre pourprée ou tâchetée des Montagnes Rocheuses a son foyer principal dans la Bitter root Walley, mais paraît exister aussi dans le centre de l'Inde. C'est une maladie saisonnière, qui fait son apparition au printemps et sévit pendant l'été. Elle frappe surtout l'homme adulte.

Le début est en général brusque, par une élévation thermique à 39° ou 40°. L'exanthème apparaît au bout de 3 ou 4 jours, il se généralise. Parfois, on observe des lésions nécrotiques de la peau. La fièvre s'atténue en général à la fin de la deuxième semaine, décroissant lentement jusqu'à la fin de la troisième.

Il s'agit d'une maladie grave dont la virulence varie avec les pays ; la mortalité est de 33 à 70 % dans l'état de Montana ; elle n'est que de 4 % dans l'état d'Idaho.

La réaction de Weil-Félix est négative 8 fois sur 9 (Kelly). En outre, Ricketts a établi que le singe atteint de typhus expérimental n'a pas acquis d'immunité vis-à-vis de la fièvre pourprée, que le sérum de cobaye ou de sujets ayant eu le typhus ne protège pas contre la fièvre des Montagnes Rocheuses, enfin que le sérum des sujets qui ont eu le typhus n'agglutine pas les organismes qu'il a trouvés dans les tiques prélevées sur des sujets atteints de fièvre des Montagnes Rocheuses.

On paraît admettre que l'agent pathogène est bien le *Rickettsia Rickettsi* (Wolbach) et qu'il est transmis par une tique de la famille des Ixodidés : *Dermacentor venustus*.

La fièvre fluviale du Japon, ou Tsutsugamushi, est, dit Joyeux, une maladie d'Extrême-Orient transmise par un Acarien du groupe des *Trombidium*, caractérisée au point de vue clinique par un accident local à l'endroit de la piqûre, suivie d'une maladie générale de type typhique avec exanthème. L'épidémie se voit pendant la saison chaude : c'est principalement le Campagnol commun japonais qui sert de réservoir de vins.

Les sujets qui en sont atteints, des adultes travaillant aux champs, présentent d'abord, à la suite de la piqûre d'une larve de *Trombidium*, un

(1) Voir à leur sujet :

Netter. — *Traité de Médecine de Gilbert et Carnot*, tome vi.
Joyeux. — *Précis de Médecine Coloniale*.

accident local consistant en une macule qui blanchit à son centre et donne finalement un point de nécrose, avec hypertrophie du territoire ganglionnaire correspondant. Après une incubation de 4 à 12 jours, la fièvre s'élève brusquement à 40 et 41°, accompagnée de prostration, ou au contraire d'excitation avec délire. L'éruption apparaît vers le 6^e jour, sur le front, la face ou les membres ; quelquefois elle atteint la muqueuse buccale. La fièvre tombe graduellement avec quelques grandes oscillations à la fin de la deuxième semaine. La maladie ne dépasse guère une vingtaine de jours. La mortalité augmente avec l'âge : elle varie entre 40 et 60°. A Sumatra cependant, elle ne dépasse pas 4 %.

L'agent pathogène est inconnu ; certains auteurs cependant ont isolé des *Rickettsia*. Le virus existe dans le sang dans la première période de la maladie, et surtout à l'acmé de la fièvre. Il est inoculable au singe, mais d'autres animaux, comme le cobaye, peuvent conserver le virus sans présenter de réaction. Par inoculation de broyage de *Trombidium* adultes, Nagais et ses collaborateurs ont pu infecter des singes : ils ont reproduit l'accident primitif chez le singe immunisé.

Le pseudo typhus observé à Déli (Sumatra) par Schüffner a été identifié par Walch et Keukenscrijver à la fièvre fluviale du Japon.

Il y a donc un syndrome clinique, essentiellement caractérisé par un état infectieux accompagné ou non de signes nerveux et de tymphos, et par une éruption généralisée à tout le corps sous forme de taches isolées, présentant quelquefois le caractère purpurique. L'évolution est cyclique durant deux à trois semaines et l'on observe tous les intermédiaires depuis les cas les plus bénins jusqu'aux cas mortels. Le virus pathogène est encore inconnu, mais il est toujours transmis de l'homme à l'homme ou d'un animal à l'homme par un insecte piqueur.

Mais, sans doute, déjà cliniquement, il existe des différences entre ces diverses affections, ne serait-ce que ces lésions nécrotiques de la peau, que l'on ne voit jamais dans le typhus. Ces différences sont encore accentuées par l'enquête étiologique et les recherches de laboratoire. Si le typhus exanthématique s'observe surtout dans la saison froide, toutes les autres infections se voient exclusivement pendant l'été. Il en est de même pour la maladie de Brill. Aussi certains auteurs (Maxcy, Fletcher et Lessier (1) tendent-ils à admettre un typhus tropical (typhus d'été qu'ils opposent au typhus des pays tempérés qui est un typhus

(1) Fletcher et Lesslar. — Tropical typhus and Brill's disease. *Journal of tropical disease and Hygiene*, 15 novembre 1926.

d'hiver. De même, alors que le typhus est fréquent chez l'enfant, la fièvre pourprée et la fièvre fluviale du Japon sont essentiellement des maladies de l'adulte.

C'est un fait classique, depuis les recherches de Ch. Nicolle, que le pou est l'agent exclusif de transmission du typhus, et l'on sait tout l'intérêt qu'a présenté cette découverte pour l'épidémiologie et la prophylaxie. Ici, c'est l'homme qui est le réservoir de virus. Seule la maladie de Brill, d'après les auteurs qui se sont occupés de la question, fait exception à la règle de Nicolle.

Dans la fièvre pourprée et la fièvre fluviale, le pou ne joue aucun rôle dans la transmission de la maladie : la fièvre pourprée paraît communiquée par une tique et la fièvre fluviale par un acarien du type *Trombidium*, le Campagnol commun Japonais servant de réservoir de virus.

Pour ce qui est des recherches de laboratoire, l'agglutination du protéus $\times 19$ est la règle dans le typhus exanthématique, elle est très fréquente dans la maladie de Brill, elle est au contraire l'exception dans la fièvre pourprée, où on ne l'obtient qu'une fois sur neuf.

Le typhus exanthématique est inculable au singe et au cobaye, et c'est grâce à la production d'une maladie expérimentale chez le singe qu'on a pu identifier à cette affection la maladie de Brill.

La fièvre pourprée est inoculable au singe, et cet animal n'est pas immunisé par un typhus expérimental authentique. La fièvre fluviale du Japon est aussi inoculable au singe, mais l'infection reste inapparente chez certains animaux, tels le cobaye qui ne présente aucune réaction.

Il semble donc qu'il existe deux grands groupes morbides : Un premier groupe, constitué par le typhus exanthématique.

Un second groupe constitué par la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses et la fièvre fluviale du Japon.

La maladie de Brill nous paraît servir d'intermédiaire entre ces deux groupes : c'est un typhus d'été et un typhus bénin qui ne se transmet pas par le pou, mais qui est inoculable au singe et qui agglutine le protéus. Mais on n'y a jamais décrit de lésion nécrotique de la peau et l'éruption épargne la face.

La fièvre exanthématique de la région marseillaise doit être rattachée nettement au second groupe : l'escarre cutanée, si fréquente dans nos observations, est très comparable aux lésions nécrotiques

de la peau décrites dans les deux affections qui le constituent. Comme elles, elle s'observe dans la saison chaude presque exclusivement chez des adultes. Ce n'est pas l'homme qui est le réservoir de virus, et le pou n'y est pas l'agent de transmission. En l'état actuel de nos recherches, on ne peut évidemment qu'esquisser des hypothèses : peut-être s'agit-il d'un rongeur, hôte habituel des locaux habités par l'homme ; certains faits nous font plutôt penser que le réservoir de virus est le chien, et l'agent de transmission un parasite de cet animal. Nous avons en effet constamment trouvé dans l'entourage des sujets atteints, des chiens et quelquefois des chiens malades. L'expérimentation montrera par la suite ce qu'il faut retenir de ces deux hypothèses : Parmi les recherches de laboratoire, il en est — nous le rappelons — qui sont jusqu'à ce jour restées négatives. Nous n'avons pas obtenu de maladie expérimentale chez le cobaye et il n'a pas été possible de mettre en évidence chez cet animal un typhus inapparent. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Par contre de toutes récentes recherches ont établi que la réaction de Weil-Félix pouvait être positive dans ces cas. La fièvre exanthématique marseillaise est donc bien pour nous une variété de typhus exanthématique.

Si l'on cherche à établir quelles sont les relations qui existent entre ces groupes de faits, trois interprétations peuvent être discutées :

1° Il s'agit du même virus, mais qui a perdu quelques-uns de ses caractères essentiels : il a subi une *mutation*, comme le pense Netter pour la maladie de Brill.

2° Le virus est le même : seuls diffèrent son réservoir et son agent de transmission, ces variations donnant à chaque type morbide son allure un peu particulière.

3° Il s'agit de deux virus différents, peut-être voisins.

Seules de nouvelles recherches expérimentales permettront de voir laquelle de ces hypothèses devra être retenue.

CHAPITRE VI

PROPHYLAXIE

Qu'il s'agisse du même virus ayant subi une mutation ou ayant acquis des propriétés nouvelles en changeant de réservoir et d'agent de transmission, ou bien qu'il s'agisse de deux virus voisins, mais différents, les relations de la fièvre exanthématique de la région marseillaise avec le typhus exanthématique restent intimes. On peut se demander en particulier, au cas où l'hypothèse d'une mutation de virus devrait être retenue, si cette mutation sera définitive. C'est ce qui s'est produit pour la maladie de Brill, où les propriétés nouvelles du virus : bénignité et absence de contagiosité, paraissent définitivement fixées. En serait-il de même pour la fièvre exanthématique de la région marseillaise ? On n'oserait l'affirmer : Trois facteurs au contraire sembleraient prouver que son virus est en voie de transformation : tout d'abord l'augmentation de sa fréquence, car près de la moitié de nos observations ont été recueillies dans la seule année 1927 ; en second lieu l'apparition, pour la première fois cette année, de cas chez l'enfant, et si la maladie reste avant tout une maladie de l'adulte, elle n'est plus exclusivement localisée à cet âge ; enfin la gravité plus grande de l'affection, puisque sur les 4 décès que nous publions, 2 se sont produits cette année.

Ces faits font penser que la déclaration de la fièvre exanthématique de la région marseillaise devient nécessaire. Il ne s'agit pas évidemment

de prendre pour elle des mesures aussi rigoureuses que pour le typhus exanthématique et l'on ne saurait ordonner à la fois l'isolement du malade et de son entourage. Mais il convient de demander aux médecins de déclarer les cas de façon à observer si le virus garde ses caractères et ne se transforme pas en virus du typhus authentique.

Toute la prophylaxie devra donc, à l'heure actuelle, consister : pour les médecins, dans la déclaration des cas ; pour les autorités sanitaires, dans leur surveillance discrète.

Ainsi évitera-t-on les graves dangers qu'entraînerait la transformation de la fièvre exanthématique en typhus.

TRAITEMENT

En l'absence de traitement spécifique, le traitement ne présente aucune particularité : c'est un traitement symptomatique associé au traitement anti-infectieux habituel.

CONCLUSIONS

La fièvre exanthématique de la région marseillaise est caractérisée par un état infectieux, avec fièvre élevée, mais sans tumeurs ni signes méningés ; une éruption généralisée à tout le tégument, constituée par de petits éléments isolés qui prennent souvent, au cours de leur évolution, le caractère hémorragique, cet exanthème s'accompagnant assez souvent d'érythème bucco-pharyngé ; enfin une lésion nécrotique de la peau, fréquente mais non constante, et constituée par une petite escarre noirâtre avec liseré rougeâtre à la périphérie.

Son évolution est cyclique, et elle guérit en général en une quinzaine de jours.

Elle s'observe chez des sujets non parasités, appartenant à tous les milieux sociaux et presque toujours d'un âge adulte. Elle ne paraît pas contagieuse.

Les réactions de laboratoires se sont montrées négatives, en particulier l'inoculation intra-péritonéale de sang au cobaye et l'examen du liquide céphalo-rachidien. Par contre, après bien des résultats négatifs, on a pu, par une technique plus précise, mettre en évidence une agglutination du protéus $\times 19$.

Cette affection entre dans le cadre d'un syndrome caractérisé : cliniquement par un état typhoïde avec exanthème, et étiologiquement par le fait que le virus pathogène, encore inconnu, *Rickettsia* sans doute, est toujours transmis de l'homme à l'homme ou d'un animal à l'homme par un insecte piqueur.

Mais, dans ce syndrome, paraissent exister deux groupes :

Le premier, constitué par le typhus exanthématique, ne présente jamais de lésion nécrotique de la peau, est transmis par le pou qui puise son réservoir de virus chez l'homme, s'observe surtout pendant la saison froide, est fréquent chez l'enfant, présente une agglutination constante du protéus $\times 19$. La prophylaxie s'y résume dans la destruction des poux.

Le deuxième groupe comprend : la Fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses et la Fièvre fluviale du Japon ; on y observe fréquemment des lésions nécrotiques de la peau ; la transmission se fait par un acarien ou une tique puisant le virus chez un rongeur ; il s'observe exclusivement pendant l'été et chez l'adulte ; l'agglutination du protéus y est inconstante, ou tout au moins plus difficile à mettre en évidence ; enfin la destruction des poux n'intervient pas dans la prophylaxie.

C'est à ce second groupe que nous rattachons la fièvre exanthématique de la région marseillaise.

La maladie de Brill constitue une forme de transition.

Quant aux relations qui existent entre ces groupes, trois hypothèses peuvent être émises :

- 1° Un même virus, mais ayant subi des mutations ;
- 2° Un même virus qui acquiert des propriétés différentes en changeant de réservoir et d'agent de transmission ;
- 3° Deux virus différents, peut-être voisins.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la thèse ayant pour titre : *Contribution à l'Etude du Typhus exanthématique et des Infections typhoïdes avec exanthème. La Fièvre exanthématique de la région marseillaise*, par M. Jean OLMER.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 13 octobre 1927.

Le Professeur,
VEDEL.

Vu :

Montpellier, le 17 octobre 1927.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 18 octobre 1927.

Le Recteur,
JULES COULET.

